

医療費助成における個人番号利用に関する同意書

年 月 日

相模原市長あて

私は、次の同意者から、認定に必要となる個人番号の提出について、同意を得ています。

代表者住所 _____

代表者 _____

認定に必要となる租税に関する公簿の閲覧（個人番号を利用した所得照会を含む）について、同意します。

同意者氏名	続柄	個人番号
	代表者 (申請者)	

今年の1月1日の住民登録地：

前年の1月1日の住民登録地：

医療費助成対象者氏名（生年月日）：

所得判定対象となる代表者（申請者）、養育者、扶養義務者の氏名と個人番号を記入してください。
代表者、同意者は自署で記入ください。

【事務処理欄】

身元確認	写真あり(1点)	写真なし(2点以上)
	番号カード 免許証 パスポート 在留C 住基カード その他()	各種保険証(国・後・社・介) 年金手帳・証書 通帳等 その他()
番号確認	番号C 通知C OL その他()	
受付担当者		番号職員補記