

医療費助成に係る関係情報取得に関する同意書

令和 年 月 日

多賀城市長 殿

〔 子ども 母子・父子家庭 心身障害者 〕 医療費助成の登録及び更新業務に限り、所得状況等、必要となる地方税関係情報の取得に同意します。

同意者	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			大・昭・平	年	月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
	住所					
	本年及び前年1月 1日時点の居住市 区町村	本年 <input type="checkbox"/> 同上	都道 府県	市区 町村	前年 <input type="checkbox"/> 同上	都道 府県 市区 町村
同意者	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			大・昭・平	年	月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
	住所					
	本年及び前年1月 1日時点の居住市 区町村	本年 <input type="checkbox"/> 同上	都道 府県	市区 町村	前年 <input type="checkbox"/> 同上	都道 府県 市区 町村
同意者	フリガナ		続柄	生年月日		
	氏名			大・昭・平	年	月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
	住所					
	本年及び前年1月 1日時点の居住市 区町村	本年 <input type="checkbox"/> 同上	都道 府県	市区 町村	前年 <input type="checkbox"/> 同上	都道 府県 市区 町村

記載要領

- 1 同意する方は、自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 所得判定の対象となる方全員の同意が必要です。
- 4 同意を得られず、市で所得状況等の確認が行えない場合は、その方の所得証明書の提出が必要です。
- 5 多賀城市に住民登録をされていない方はマイナンバーがわかるものの写しを添付してください。