

(宛先) 桐生市長

令和 年 月 日

情報連携に関する同意書

下記の場合は、桐生市が福祉医療費助成制度の事務手続きを処理する場合に限り、個人番号を利用して特定個人情報の照会、提供を行うことについて同意のうえ、届出いたします。

申請者 (受給者)	フリガナ									受給者番号	
	氏名										
	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日									
	現住所										
	本年1月1日時点 の住所					都 道 府 県	市 区 町 村	住所と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。			
	昨年1月1日時点 の住所	☐ 同 上				都 道 府 県	市 区 町 村				
	連絡先										
個人番号	〒 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0										

《同一世帯員及び被保険者(申請者と異なる場合)》

[illegible]

同意者4	フリガナ									受給者との続柄			
	氏名												
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日											
	現住所	☐ 受給者と同じ											
	本年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村		住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。			
	昨年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村					
	個人番号												

同意者5	フリガナ									受給者との続柄			
	氏名												
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日											
	現住所	☐ 受給者と同じ											
	本年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村		住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。			
	昨年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村					
	個人番号												

※ 同意者欄は、必ず同意者それぞれの方の直筆でご記入ください。

※ 同意が得られない場合や同意を得られても情報連携により確認ができない場合は、所得課税証明書(控除記載有)の提出をお願いすることがあります。

※ 各申請において、下記のものからの同意が必要となります。

重度心身障害者・高齢重度障害者(本人・配偶者・扶養義務者)、母子家庭・父子家庭等(父・母・養育者)

【注意事項】

情報連携には、時間を要する場合があります。受給者証の発送までに10日前後かかる場合がありますので、ご了承ください。

委 任 状 令和 年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

(代 理 人) 住 所 _____
氏 名 _____
私は、上記の者を代理人に委任し、本同意書に関する権限を委任します。

(申 請 者) 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
電話番号 _____

※ 申請者(受給者)が記入できない場合は、委任状の欄をご記入いただいた上で、代理人による記入が可能です。

(職員記入欄)

本人確認書類 [マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他()]
個人番号確認 [マイナンバーカード ・ 住民票 ・ その他()]

下記の場合は、桐生市が福祉医療費助成制度の事務手続きを処理する場合に限り、個人番号を利用して特定個人情報の照会、提供を行うことについて同意のうえ、届出いたします。

《同一世帯員及び被保険者(申請者と異なる場合)》

[illegible]

同意者4	フリガナ									受給者との続柄			
	氏名												
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日											
	現住所	☐ 受給者と同じ											
	本年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村		住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。			
	昨年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村					
	個人番号												

同意者5	フリガナ									受給者との続柄			
	氏名												
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日											
	現住所	☐ 受給者と同じ											
	本年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村		住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村を記入してください。			
	昨年1月1日時点 の住所	☐ 受給者と同じ				都 道 府 県		市 区 町 村					
	個人番号												

※ 同意者欄は、必ず同意者それぞれの方の直筆でご記入ください。

※ 同意が得られない場合や同意を得られても情報連携により確認ができない場合は、所得課税証明書(控除記載有)の提出をお願いすることがあります。

※ 各申請において、下記のものからの同意が必要となります。

重度心身障害者・高齢重度障害者(本人・配偶者・扶養義務者)、母子家庭・父子家庭等(父・母・養育者)

【注意事項】

情報連携には、時間を要する場合があります。受給者証の発送までに10日前後かかる場合がありますので、ご了承ください。

委 任 状 令和 年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

(代 理 人) 住 所
氏 名
私は、上記の者を代理人に委任し、本同意書に関する権限を委任します。

(申 請 者) 住 所
氏 名
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
電話番号

※ 申請者(受給者)が記入できない場合は、委任状の欄をご記入いただいた上で、代理人による記入が可能です。

(職員記入欄)

本人確認書類 [マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他()]
個人番号確認 [マイナンバーカード ・ 住民票 ・ その他()]