

同意書

年 月 日

潟上市長 宛

同意書に実際に記入した日

福祉医療費受給者証の更新に伴い、個人番号の提供及び個人番号を用いた地方税関係情報の照会を行うことに同意します。

同意者①	ふりがな	かたがみ はなこ						受給者 との続柄	生年月日				
	氏名	潟上 花子						母	平成元年 1月 1日				
	電話番号	000-0000-0000											
	現住所	潟上市天王字棒沼台226-1											
	個人番号 (マイナンバー)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	本年1月1日の住所	宮城				都・道 府・県		仙台			市・区 町・村		
同意者②	案内文書の <u>所得判定対象者が1名のみ</u> の場合は記入不要です。												
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p>同意にあたり、次の書類を添付します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 同意者の顔写真付きの身分証明書 例) マイナンバーカード、運転免許証その他公的機関から交付された顔写真付き身分証明書</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーが確認できる書類 例) マイナンバーカードの写し、マイナンバー付き住民票の写し、 現住所に交付されたマイナンバー通知カードの写し</p> </div>												
添付書類	<p>同意にあたり、次の書類を添付します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 同意者の顔写真付きの身分証明書 例) マイナンバーカード、運転免許証その他公的機関から交付された顔写真付き身分証明書</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーが確認できる書類 例) マイナンバーカードの写し、マイナンバー付き住民票の写し、 現住所に交付されたマイナンバー通知カードの写し</p>												

(注意事項)

- 同意書は必ず同意者本人が御記入ください。
- 添付書類は同意者全員分を添付ください。
- 本年1月1日の住所と課税市町村が違

現時点で潟上市に住所がある方は、マイナンバーの記入及びマイナンバーが確認できる書類の添付を省略できます。