

同意書

年 月 日

潟上市長 宛

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		受給者 との続柄	生年月日									
	氏名												
	電話番号	-	-	年 月 日									
	現住所												
	個人番号 (マイナンバー)												
	本年1月1日の住所	都・道 府・県				市・区 町・村							
同意者②	ふりがな		受給者 との続柄	生年月日									
	氏名												
	電話番号	-	-	年 月 日									
	現住所												
	個人番号 (マイナンバー)												
	本年1月1日の住所	都・道 府・県				市・区 町・村							
添付書類	同意にあたり、次の書類を添付します。 <input 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 <input 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、 現住所が記載されたマイナンバー通知カードの写し												

(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う場合は、課税市町村を優先して御記入ください。