

養育医療における個人番号利用に関する同意書

年 月 日

筑北村長 様

私は、養育医療の申請内容の審査に必要となるため、次の同意者から個人番号の提出について同意を得ています。

この書類を窓口へ提出される方 申請者住所 _____
 (提出時に身元確認が必要です。)申請者氏名 _____ ㊞
 電話番号 _____

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

同一生計の方全員				
氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日	続柄	対象者 (○印)	個人番号(マイナンバー)
				1月1日現在の住所

- ・続柄の欄は、世帯主からみた続柄を記入してください。
 - ・対象者の欄は、養育医療の対象者に○印を記入してください。
 - ・1月1日現在の住所の欄が世帯全員が同じ場合は、2人目以降を同上と記入してください。
- ※対象者を税法上の扶養にとっている村外の扶養者も含みます。
 ※同一生計とは生活を共にしている場合です。別世帯でも生活を共にしている場合は同一生計です。

村記入欄

事務処理欄	身元確認	写真あり(1点)	写真なし(2点)
		<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 診療券 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 通帳等 <input type="checkbox"/> その他()
個人番号 確認方法	<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 番号未記入のため来庁者に了解を得て担当者が記入		