

呉市長 様

未就学児のみ

こども医療費受給資格（更新）認定申請における
個人番号利用に関する同意書

令和 年 月 日

下記の者は、上記の手続きを処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。

同意者	(保護者)	フリガナ 氏名																			
		住所																			
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日																		
		個人番号（マイナンバー）	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
同意者	(配偶者) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	フリガナ 氏名																			
		住所	保護者と同じ場合は記入不要																		
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日																		
		個人番号（マイナンバー）	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

※同意書は、自署で記入してください。

受付印