

熊本市長 様

年 月 日

### 情報連携に関する同意書

下記の者は、熊本市長が「熊本市重度心身障害者医療費助成規則第5条（認定）及び第6条（受給資格者証の更新）」に基づく事務手続きを処理するために限り、個人番号を利用した情報連携により、必要な年度の地方税関係情報・生活保護受給情報について取得することに同意します。

#### 《 申請者（受給者）》

フリガナ		続柄	本人
氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
住所	熊本市 区		
個人番号			
本年1月1日時点の住所		都道 府県	市区 町村
昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 同上	都道 府県	市区 町村

#### 《 同一世帯員 》

1	フリガナ		続柄	受給者からみて
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
	個人番号			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都道 府県	市区 町村
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都道 府県	市区 町村
2	フリガナ		続柄	受給者からみて
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		
	個人番号			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都道 府県	市区 町村
	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都道 府県	市区 町村

3	フリガナ		続柄	受給者からみて	
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
	個人番号				
	本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都	道	市 区
	昨年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都	道	市 区
		府	県	町 村	
4	フリガナ		続柄	受給者からみて	
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
	個人番号				
	本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都	道	市 区
	昨年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	都	道	市 区
		府	県	町 村	

※同意する者が自ら署名を行ってください。

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。

※同意が得られない場合は、その方の所得証明書の提出が必要となります。

※受給資格者証は、毎年8月1日に更新します。更新の際にもこの同意書をもって所得調査を行います。