

記入例

記入日を記載してください。

令和2年 12月 1日

『記入にあたっての注意事項』

必要な世帯員を含め、**同意をする方が自ら署名**をしてください。

代理人が署名をする場合は、本人からの委任状が必要です。(様式は任意)

記入が必要な方は、**同一世帯員で受給者の配偶者及び直系親族**(受給者から見て、曾祖父母、祖父母、父母、子、孫、ひ孫等)かつ、**熊本市に税情報がない方**。(1月1日時点で熊本市に住所がない方)

情報連携に関する同意書

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(受給資力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	クマモト タロウ		続柄	本人								
氏名	熊本 太郎											
生年月日	明・大・昭・平・令 1年 1月 1日											
住所	熊本市 中央 区 手取本町1番1号											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
本年1月1日時点の住所	熊本		都道	益城	市区							
昨年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上		都		市区							

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

《同一世帯員》

同上の場合は、チェックをしてください。

1	フリガナ	クマモト ハナコ		続柄	妻								
	氏名	熊本 花子			受給者からみて								
	生年月日	明・大・昭・平・令 2年 2月 2日											
1	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	2	3	4	5
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ		都道	市区								
1	昨年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ		都道	市区								
	府県			府県	町村								
2	フリガナ	クマモト コタロウ		続柄	子								
	氏名	熊本 小太郎			受給者からみて								
	生年月日	明・大・昭・平・令 25年 3月 3日											
2	本年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ		都道	市区								
	府県			府県	町村								
2	昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ		福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡
	府県			福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡	福岡

市区町村名までを記入してください。(番地等は必要ありません。)

3	フリガナ	クマモト ハナ						続柄		孫 受給者からみて				
	氏名	熊本 華												
	生年月日	明・大・昭・平・令						60年		4月		4日		
	個人番号	4	5	6	7	8	9	4	5	6	7	8	9	
	本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ						熊本		都道		嘉島		市区 町村
	昨年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ						福岡		都道		福岡		市区 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		

※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。