

医療費助成における地方税関係情報の取得に伴う個人番号利用に関する同意書

(宛先) 大津市長

年 月 日

私は、次の同意者から、下記の認定に必要な個人情報提出について同意を得ています。

代表者住所：

代表者氏名：

電話番号：

(該当する項目の□にチェックをしてください。)

- 大津市医療費助成条例施行規則第3条（障害者、母子家庭・父子家庭・ひとり暮らし寡婦等）
- 大津市老人福祉医療費助成条例第4条（低所得老人）
- 大津市重度心身障害老人等福祉助成費支給要綱第4条（後期高齢医療該当かつ障害者、母子家庭・父子家庭）

今後、大津市が上記に基づく事務手続きを処理するために限り、認定に必要な租税に関する公簿の閲覧（個人番号を利用した所得照会を含む）について、同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り、同意することを申し添えます。

| | | | | | | | |
|-----|------------------|---------|------|------------|---|------|--|
| 同意者 | フリガナ | | 続柄 | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | |
| | 住所 | □申請者と同じ | | 1月1日の住民登録地 | | | |
| | | | 今年 | 都道府県 | | 市区町村 | |
| | | | 前年 | 都道府県 | | 市区町村 | |
| 同意者 | フリガナ | | 続柄 | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | |
| | 住所 | □申請者と同じ | | 1月1日の住民登録地 | | | |
| | | | 今年 | 都道府県 | | 市区町村 | |
| | | | 前年 | 都道府県 | | 市区町村 | |
| 同意者 | フリガナ | | 続柄 | | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | |
| | 住所 | □申請者と同じ | | 1月1日の住民登録地 | | | |
| | | | 今年 | 都道府県 | | 市区町村 | |
| | | | 前年 | 都道府県 | | 市区町村 | |

【記載要領】

- 1 各申請において、下記の者から同意が必要となります。
 障害者、低所得老人：本人、配偶者、扶養義務者、同一世帯員全員
 母子家庭、父子家庭、ひとり暮らし寡婦・ひとり暮らし高齢寡婦：本人、扶養義務者、同一世帯員全員
- 2 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。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、複数枚にわたって記載してください。
- 4 同意書記載の個人番号確認のため、個人番号カード等を書類提出窓口にてご提示をお願いします。
- 5 郵送で提出される場合は、裏面に代表者の本人確認書類と、同意者全員の個人番号（マイナンバー）確認書類の写しを貼り付けてください。
- 6 同意をいただけない場合は、所得・課税（非課税）証明書の提出が必要です。

※郵送の場合のみ

●個人番号（マイナンバー）確認書類 及び 本人確認書類 の写し 貼付欄

（重なっても構いませんが記載内容がわかるように、しっかりと貼り付けてください。）

【同意者全員の個人番号（マイナンバー）確認書類

個人番号カードの写し（両面）

または

個人番号記載住民票（原本でも写しでも可）

【代表者の本人確認書類】

運転免許証の写し

または

パスポートの写し

または

その他写真付き身分証明書の写し

※同意者として個人番号カードの写しを
添付した場合は本人確認書類の写しは不要です。