様式第１号－１

個人番号利用同意書

　私、及び私の世帯員は、障害者医療費受給資格制度の申請にあたり、１月１日時点の住所地に税情報を確認するため個人番号制度（情報連携）を利用することに同意します。

※それぞれに自署にて記載してください。代筆の場合は、別途委任状が必要です。

※個人番号カード（両面）等本人確認書類の写しを添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | 生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  年1月1日時点 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  年1月1日時点 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  年1月1日時点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  年1月1日時点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 生年月日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  年1月1日時点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  年1月1日時点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

委　任　状

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者 |  |

上記のものを代理人と定め、私（又は私の被扶養者である）

　住所：

氏名：

の税情報を個人番号連携で照会することに同意します。

　ただし、赤磐市障害者医療費給付条例による受給資格証（申請・更新）に関する事務に限る。

（注）この委任状は、障害者医療費受給資格証交付申請書に添えて提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※この委任状は、障害者医療費受給資格証交付申請書に添えて提出してください。