

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。