

情報連携に関する同意書

太田市が福祉医療制度における受給資格要件の確認及び支給額決定のため、申請者、申請者の世帯員及び被保険者に係る個人番号を利用して特定個人情報を取得することについて同意します。

申請者 (受給者)	氏名		受給者番号	本籍地
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		市 区 町 村
	住所	1月1日住所		
	個人番号			市 区 町 村
	電話			

「同一世帯員及び被保険者」

母子・父子申請の場合は子を記入し、重心・高齢重度障がい者申請の場合は配偶者と扶養義務者（※）を記入してください。
※扶養義務者とは、受給者本人の直系血族及び兄弟姉妹のことをいいます。

同一世帯員・ 被保険者1	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号		☐ 現住所と同じ	
同一世帯員・ 被保険者2	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号		☐ 現住所と同じ	

- ☐ 情報連携により確認ができない場合は、所得課税証明書（所得金額・控除の内容が分かるもの）の提出をお願いすることがあります。
- ☐ 個人番号を利用して情報を取得する方が書ききれない場合は裏面またはコピーしてお使いください。

本人確認書類添付欄

※本人確認書類（免許証、マイナンバーカード、障害者手帳、等のコピー）をこちらに添付をしていただくか、同封していただき、提出をお願いします。

表面で書ききれない場合はこちらもお使いいただけます。

同一世帯員・ 被保険者3	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号			
同一世帯員・ 被保険者4	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号			
同一世帯員・ 被保険者5	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号			
同一世帯員・ 被保険者4	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号			
同一世帯員・ 被保険者6	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号			
同一世帯員・ 被保険者7	氏名		受給者との続柄	1月1日住所
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	父・母・夫・妻・子・他()	市 区 町 村
	住所	☐ 受給者と同じ		
	個人番号			

(職員記入欄)

本人確認書類 [マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 ()] ※代理人申請の場合はコピーを添付

個人番号確認 [マイナンバーカード ・ 住民票 ・ その他 ()]

代理人確認 [同一世帯の親族(氏名:) ・ 委任状(別紙)

(代理人本人確認) [マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 ()]