

記載例

※表示中の住所氏名等は記載例です

申請者の情報をご記入ください

令和 〇〇年 〇〇月 ①日

記入日を記入

情報連携に関する同意書

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
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	群馬 千春		受給者番号	本籍地									
	生年月日	昭・平・令	〇〇年 〇〇月 〇〇日	8〇〇〇〇〇〇〇 (又は) 9□□□□□□□	▲▲▲ (市区町村)									
	住所	太田市〇〇町△番地△			1月1日住所									
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	◇	1	隣野 (市区町村)
	電話	0☆0-□□□□-◇◇◇◇												

「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、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

申請者(=親)の情報を記入
※1月1日住所は、令和7年1月1日に住民登録
していた市区町村をご記入ください。

	氏名	受給者との続柄	1月1日住所	
同一世帯員・ 被保険者1	生年月日	昭・平・令 年 月 日 父・母・夫・妻・子・他()	市区 町村 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ		
	個人番号			
	氏名	受給者との続柄		1月1日住所
同一世帯員・ 被保険者2	生年月日	昭・平・令 年 月 日 父・母・夫・妻・子・他()	市区 町村 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ		
	個人番号			
	氏名	受給者との続柄		1月1日住所

子の情報は記入不要

○ 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③カード、障害者手帳、等のコピー)をこちらに添付していただき、提出をお願いします。

本人確認書類のコピーを添付