

同意書

(あて先) 仙台市	区長	申請年月日	年 月 日						
医療費助成 の種別	母子・父子家庭	受給者氏名							
		受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>						
※受給者番号は、受給者のみをご記入ください。(対象児童の受給者番号は不要です。)									

次の者は、仙台市が、仙台市母子・父子家庭医療費の助成に関する規則及び仙台市個人番号の利用に関する条例第3条第2項並びに同条例施行規則第24条の規定による事務処理を行うために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日								
	氏名			年 月 日								
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	現住所											
本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村											
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日								
	氏名			年 月 日								
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
	現住所	□同上										
本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村											

※氏名は自署願います。自署が困難な場合は記名押印でも構いません。

※現住所が同じ場合は、□同上にチェックしてください。現住所の記入は不要です。

※個人番号欄は、母子・父子家庭医療資格登録申請書などに記入済みの方は記入不要です。

※欄が足りない場合は裏面に記入してください。

仙台市処理欄 (母子・父子家庭医療費助成年次更新用)		
青葉・宮総・宮城野・	個人番号確認書類	個人番号カード・住民票・その他 ()
若林・太白・秋総・泉	本人確認書類	運転免許証・個人番号カード・身体障害者手帳・療育手帳・保険証・特児証書・児扶証書・その他 ()

同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	個人番号			
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村		
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	個人番号			
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村		
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	個人番号			
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村		
同意者	フリガナ		受給者との続柄	生年月日
	氏名			年 月 日
	個人番号			
	現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
	本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村		