

# 同意書

諫早市長 様

障害者福祉医療費受給資格の認定申請にあたり、次の事項について同意します。

- 【同意事項】
- ・市区町村民税に係る所得課税情報を福祉医療費助成事務に利用すること。
  - ・医療保険に係る情報を福祉医療費助成事務に利用すること。
  - ・諫早市が保有する個人情報を福祉医療費助成事務に利用すること。

【同意期間】 本同意は、福祉医療費受給資格を有している期間とする。

【同意年月日】 年 月 日

<申請者> (受給者または保護者)

|      |        |      |       |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--------|------|-------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ |        | 生年月日 | 年 月 日 |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   | (※)    | 個人番号 |       |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | (建物名等) |      | 続柄    | 受給者から見て |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

<同一世帯員> (受給者および受給者と住民票上同一世帯の方)

| 氏 名 |                                           | 生年月日  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-------------------------------------------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1   | カナ                                        | 年 月 日 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                                           |       | 市処理欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2   | カナ                                        | 年 月 日 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                                           |       | 市処理欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3   | カナ                                        | 年 月 日 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                                           |       | 市処理欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4   | カナ                                        | 年 月 日 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     |                                           |       | 市処理欄 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>(建物名等) |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |