



地方税関係及び加入医療保険の資格情報取得に関する同意書

令和 年 月 日

(宛先) 姫路市長

下記の対象者に対する福祉医療費受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、対象者の加入医療保険の資格及び同意者の令和6年度の地方税情報について、マイナンバー制度による情報連携を利用して調査することに同意します。

同意が必要な方全てにご記入ください

Table with 3 consent sections. Each section includes fields for name (フリガナ, 氏名), birth date (生年月日), address (住所), and phone number (電話). It also includes checkboxes for insurance status (有/無) and confirmation (本人確認).

対象者全てにご記入ください

Table for dependent information. Columns include name (フリガナ, 氏名), birth date (生年月日), and address (住所). It includes checkboxes for 'same as above' and fields for recipient ID (受給者番号) and family ID (宛名番号).

【注意事項】

- 1 同意書は必ず同意者それぞれの方の直筆でご記入ください。
2 同意が必要な方は、「乳幼児等」・「こども」の場合は保護者全員（父母どちらも）、「（高齢）重度障害者」の場合は本人・配偶者・扶養義務者、「母子家庭等」の場合は母等及び扶養義務者、「高齢移行者」は世帯全員です。
3 同意者全ての本人確認書類の添付又はマイナンバーカードの提示が必要です。
4 代理人（同一世帯ではない親族及び親族ではない方）が提出される場合は、同意者全ての委任状と代理人の本人確認書類も必要です。
5 郵送で提出される場合は、同意者全ての本人確認書類の写しも添付してください。なお、マイナンバーカード・通知カードの写しは添付しないでください。（窓口受付時に目視で確認します。）
6 情報連携には、日数を要しますので、受給者証の発送までに10日前後かかる場合があります。
7 健康保険証の写しを本人確認書類として添付される場合は、記号番号を黒塗りした上で添付をお願いします。