

個人番号利用同意書

私、及び私の世帯員は、障害者医療費受給資格制度の申請（更新に係る調査も含む）にあたり、保険情報および1月1日時点の住所地に税情報を確認するため、個人番号制度（情報連携）を利用することに同意します。

受給者	氏名		生年 月日	昭・平 令	年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市															
	前住所 令和 年1 月1日時点																
世帯員・扶養義務者	氏名		生年 月日	昭・平 令	年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市 <input type="checkbox"/> 受給者と同じ															
	前住所 令和 年1 月1日時点	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ															
	氏名		生年 月日	昭・平 令	年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市 <input type="checkbox"/> 受給者と同じ															
	前住所 令和 年1 月1日時点	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ															
	氏名		生年 月日	昭・平 令	年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市 <input type="checkbox"/> 受給者と同じ															
	前住所 令和 年1 月1日時点	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ															
	氏名		生年 月日	昭・平 令	年 月 日	個人 番号											
現住所	笠岡市 <input type="checkbox"/> 受給者と同じ																
前住所 令和 年1 月1日時点	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ																

委任状

受任者	
-----	--

私は、次の事務にかかる権限を上記に定めた受任者に委任します。

<委任事項>

- ・障害者医療費公費負担制度申請および更新にかかる税情報の照会および個人番号の提供

令和 年 月 日

委任者
住所
氏名

(注)この委任状は、障害者医療費受給資格証交付申請書に添えて提出してください。

世 帯 員 ・ 扶 養 義 務 者	氏名		生年 月日	昭・平 令 年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市														<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	前住所 令和 年1 月1日時点															<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	氏名		生年 月日	昭・平 令 年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市														<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	前住所 令和 年1 月1日時点															<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	氏名		生年 月日	昭・平 令 年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市														<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	前住所 令和 年1 月1日時点															<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	氏名		生年 月日	昭・平 令 年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市														<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	前住所 令和 年1 月1日時点															<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	氏名		生年 月日	昭・平 令 年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市														<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	前住所 令和 年1 月1日時点															<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	氏名		生年 月日	昭・平 令 年 月 日	個人 番号											
	現住所	笠岡市														<input type="checkbox"/> 受給者と同じ
	前住所 令和 年1 月1日時点															<input type="checkbox"/> 受給者と同じ