

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	心身障害者	受給者氏名				
		受給者番号				

次の者は、仙台市が、仙台市心身障害者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 23 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			
	現住所			
	本年 1 月 1 日時点の 居住市区町村	都・道 府・県	市・区 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	都・道 府・県	市・区 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。現住所の記載は不要です。

※個人番号欄は、心身障害者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載してください。

仙台市処理欄 (心身障害者医療費助成年次更新用)		
青葉・宮総・宮城野・ 若林・太白・秋総・ 泉	個人番号確認書類	通知カード・個人番号カード・住民票 その他 ()
	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	都・道 府・県		市・区 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	都・道 府・県		市・区 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	都・道 府・県		市・区 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	都・道 府・県		市・区 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	都・道 府・県		市・区 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	都・道 府・県		市・区 町・村

