

(あて先) 厚木市長

令和 年 月 日

同 意 書

私(たち)は、厚木市の担当職員が、厚木市ひとり親家庭等医療費助成事業の助成要件を確認するため、個人番号を利用してこの事業に必要な年度の地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者 (申請者)	フリガナ						生年月日		年 月 日生			
	氏 名	(自署)					生年月日		年 月 日生			
	個人番号											
	現 住 所	厚木市										
	今年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
同意者 (児童・扶養義務者)	フリガナ						申請者との続柄					
	氏 名	(自署)					生年月日		年 月 日生			
	個人番号											
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	今年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	フリガナ						申請者との続柄					
	氏 名	(自署)					生年月日		年 月 日生			
	個人番号											
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	今年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	フリガナ						申請者との続柄					
	氏 名	(自署)					生年月日		年 月 日生			
	個人番号											
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	今年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	フリガナ						申請者との続柄					
	氏 名	(自署)					生年月日		年 月 日生			
	個人番号											
	現 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ										
	今年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
	昨年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 別 ()										
※担当記入欄	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票又は記載事項証明書 <input type="checkbox"/> COKAS (確認:) <input type="checkbox"/> その他 ()										
	身元確認	写真あり (1種)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()									
		写真なし (2種)	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 ()									