

(宛先) 土浦市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

同 意 書

受給者 _____ の医療福祉費受給者証交付の申請に当たり、土浦市が次の事項を行うことについて同意します。

- 1 公簿等により、所得状況を確認すること。
- 2 この申請による個人情報をもとに所得要件の判定及び医療保険情報の記録のために使用すること。
- 3 この申請に係る事務を処理する場合に限って、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第7号及び第8号並びに同法第26条の規定により情報提供ネットワークシステムを利用して直近3カ年度の地方税関係情報及び医療保険の加入情報について取得すること。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

備考

- 1 申請者がこの同意書について同意する場合は、併せて同意者の欄を記入（氏名の欄は署名）してください。
- 2 同意する方が自ら同意者の氏名の欄に署名してください。
- 3 代理人が同意書の同意者の氏名の欄に署名する場合は、本人の委任状を添付してください。
- 4 同意者の住所が申請者と同一の場合は、同意者の住所の欄は同上として構いません。

【市外在住者記入欄】

個人番号	氏 名	令和 年1月1日現在、 住民登録していた市区町村名