

同意書

北見市長 様

- 子ども医療費受給者証
- 重度心身障害者医療費受給者証 の申請にあたり、次の事項について同意します。
- ひとり親家庭等医療費受給者証

【同意事項】 ・市区町村民税に係る所得課税情報を医療助成事務に利用すること。
 ・北見市が保有する個人情報を利用すること。

【同意期間】 本同意は、医療費助成受給資格を有している期間とする。

【同意年月日】 年 月 日

<申請者> (受給者または保護者)

フリガナ		生年月日	年 月 日												
氏名	(※)	個人番号													
住所												続柄	受給者から見て		

※署名または記名押印してください

<生計維持者> (受給者の生計を主として維持している方)

フリガナ		生年月日	年 月 日												
氏名	(※)	個人番号													
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											続柄	受給者から見て		

※署名または記名押印してください

<同一世帯員> (受給者と住民票上同一世帯の方)

氏 名		生年月日	個人番号												
1	カナ	年 月 日													
	(※)		市処理欄												
2	カナ	年 月 日													
	(※)		市処理欄												
3	カナ	年 月 日													
	(※)		市処理欄												
4	カナ	年 月 日													
	(※)		市処理欄												
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 生計維持者と同じ														

※署名または記名押印してください