

同意書

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

申請者住所

申請者氏名

(署名又は記名押印)

対象者氏名

小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付に関する事務において、奈良市が私及び対象者の扶養義務者について、個人番号を利用した情報提供ネットワーク等により公簿等で地方税関係情報等の確認を行うことや、必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
また、以上の内容については、下表の者にも承諾を得ています。

対象者と生計を共にしている扶養義務者を全員ご記入ください。

氏名	生年月日	続柄	1月1日時点の住所 (申請月が1～6月は前年、 7～12月は本年の住所)	個人番号
(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 奈良市内 ☐ 奈良市外 (市・区・町・村)	
(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 奈良市内 ☐ 奈良市外 (市・区・町・村)	
(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 奈良市内 ☐ 奈良市外 (市・区・町・村)	
(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 奈良市内 ☐ 奈良市外 (市・区・町・村)	
(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 奈良市内 ☐ 奈良市外 (市・区・町・村)	
(フリガナ)	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		☐ 奈良市内 ☐ 奈良市外 (市・区・町・村)	

注意事項

- ※ 市民税が未申告の場合は、市民税の申告等を求める場合があります。
- ※ 個人番号（マイナンバー）が確認できない方については、市町村民税(非)課税証明書の提出が必要です。
- ※ 公簿等により、必要な地方税関係情報が確認できない場合は、追加で書類の提出をお願いする場合があります。

保健所記入欄

番号確認書類： ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード（記載事項に変更がないもの） ☐ 個人番号が記載された住民票の写し
（写真つきいずれか1点） ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート
☐ 在留カード ☐ その他（ ）

本人確認書類： （写真なしいずれか2点） ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 住民票 ☐ 市民税（非）課税証明書
☐ 官公署発行の「氏名と生年月日」又は「氏名と住所」が記載されているもの
（ ）