

情報連携に関する同意書

下記の心身障害者が館山市心身障害者医療費助成を受けるにあたり、以下のことに同意いたします。

年 月 日

心身障害者

住所	
氏名	
生年月日	年 月 日

同意事項

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別表第二中第67、68、108、109に準ずる、情報連携の対象となる独自利用事務である重度心身障害者等の医療費助成に関する事務において、館山市心身障害者医療費助成の審査を行うために館山市が必要であると認める場合、館山市が地方税関係情報の情報連携を行うこと。

同意者

個人番号	
住所	
氏名	印
生年月日	年 月 日
電話番号	()

市処理欄		
本人確認書類	番号確認書類	受付印
マイナンバーカード 免許証 ・ 保険資格確認書 障害者手帳 ・ 介護保険証 その他 ()	マイナンバーカード 個人番号通知書※ (旧通知カード) 住民票 ※氏名・住所等が確認時の住民票と同じ場合のみ確認書類として認める	