

受給者証交付（更新）に係る税務情報利用同意書

年 月 日

恵那市長 様

恵那市福祉医療費助成に関する受給資格の認定及び更新のため必要があるときは、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及び恵那市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に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例に基づき、恵那市が受給資格者、受給資格者の配偶者及び扶養義務者（生計維持者）の税務情報（所得等）を利用することについて同意します。

税務情報を利用することに同意する者

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
個人番号	

扶養義務者（配偶者、被保険者を含む）

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
受給資格者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> （ ）
個人番号	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
受給資格者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> （ ）
個人番号	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
受給資格者との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> （ ）
個人番号	

同意する者が署名又は記名押印すること。