

同意書

(あて先) 仙台市

区長

申請者	申請年月日	年	月	日
	受給者氏名			

フリガナ			
対象児童氏名 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受給者番号			
フリガナ			
対象児童氏名 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受給者番号			

※子ども医療費助成の対象児童全員をご記入ください。

※受給者番号は、受給者証または支給停止通知書をお持ちの方のみご記入ください。

次の者は、仙台市が、仙台市子ども医療費の助成に関する規則及び仙台市個人番号の利用に関する条例第3条第2項並びに同条例施行規則第25条の規定による事務処理を行うために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

フリガナ		受給者との続柄	生年月日
氏名		本人・夫・妻	年 月 日
個人番号			/
現住所			
本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村		
フリガナ		受給者との続柄	生年月日
氏名		夫・妻	年 月 日
個人番号			/
現住所	<input type="checkbox"/> 同上		
本年1月1日時点の 居住市区町村	市区町村名のフリガナ () 都・道 市・区 府・県 町・村		

※氏名は自署願います。自署が困難な場合は記名押印でも構いません。

※個人番号欄は、子ども医療資格登録申請書に記入済みの方は記入不要です。

仙台市処理欄 (子ども医療費助成年次更新用)		
青葉・宮総・宮城野 若林・太白・秋総・泉	マイナンバー 確認書類	個人番号カード・住民票・その他 ()
	本人確認 書類	運転免許証・個人番号カード・ その他 ()