

マイナンバー制度による情報取得に関する同意書

令和 年 月 日

豊田市長様

申請者 氏名 _____
(保護者)

住所 豊田市 _____

下記の者は、豊田市小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請において、支給認定基準世帯員に係る（ 加入医療保険の資格情報・ 市県民税所得課税状況）について、マイナンバー制度による情報連携を利用して調査することに同意します。

太枠内に受給資格者（患者本人）及び支給認定基準世帯員について記載してください。

氏名	生年月日	続柄	保険証の種類 (該当するものを○印で囲んでください)
	T S H R 西暦 年 月 日	患者本人	被用者保険（被保険者・被扶養者）・ 国保（国組）・後期高齢・その他（ ）
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	T S H R 西暦 年 月 日		被用者保険（被保険者・被扶養者）・ 国保（国組）・後期高齢・その他（ ）
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	T S H R 西暦 年 月 日		被用者保険（被保険者・被扶養者）・ 国保（国組）・後期高齢・その他（ ）
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	T S H R 西暦 年 月 日		被用者保険（被保険者・被扶養者）・ 国保（国組）・後期高齢・その他（ ）
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	T S H R 西暦 年 月 日		被用者保険（被保険者・被扶養者）・ 国保（国組）・後期高齢・その他（ ）
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12