

記入例

令和 年 月 日

マル福の対象となる方の氏名を
記入してください。

意 書

受給者名 () が医療福祉費支給制度（マル福）を受給する

期間内において、法令等の定める範囲で古河市医療福祉費支給に関する条例及び古河市医療福祉費支給に関する条例施行規則で定める受給者証の交付及び医療福祉費の助成について、必要な個人情報を古河市関係各署及び他の行政機関から、古河市が取得することに同意します。

本人又は扶養義務者
(情報連携での所得照会を希望する方)の内容を
自署してください。
※一名以上の場合は、裏面に記入ください。

同意者	フリガナ		受給者との 続柄	本人・父・母・配偶者
	氏名			その他 ()
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	※古河市記入欄
	電話番号	()		
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同住所		<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合			<input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 住基
	マイナンバー			

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 受給者と同住所の場合、同意書への現住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、裏面に記入すること。
- 5 「申請者」は来庁者の住所氏名を記載すること。
※別住所の方が来庁する場合は、委任状が必要です。
- 6 マイナンバー記入は、同意が必要な者が古河市在住の場合に限り省略してもよい。
- 7 本書の複写は無効とする。

●古河市に住所がない方は、マイナンバーが確認できる書類（個人番号カード、通知カード等）の提示が必要です。

●申請者の方の本人確認書類（個人番号カード、免許証、パスポート、身体障害者手帳等）を持参してください。

窓口に来庁する方の住所・氏名を
ご記入ください。

申請者

住所

氏名

本人又は扶養義務者
(情報連携での所得照会を希望する人)の内容を自署してください。

同意者	フリガナ		受給者との続柄	本人・父・母・配偶者
	氏名			その他()
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	※古河市記入欄	
	電話番号	()		
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同住所	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 住基	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合			
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合			
	マイナンバー			

同意者	フリガナ		受給者との続柄	本人・父・母・配偶者
	氏名			その他()
	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	※古河市記入欄	
	電話番号	()		
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同住所	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住民票記載事項 <input type="checkbox"/> 証明書 <input type="checkbox"/> 住基	
	1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合			
	前年1月1日現在の住所 ※現住所と相違する場合			
	マイナンバー			

本人又は扶養義務者
(情報連携での所得照会を希望する人)の内容を自署してください。

※古河市記入欄 受給者番号 ()

	1つ	2つ以上
申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <small>*顔写真がない場合は、ほかにもう1つ必要です</small>	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他() <small>*氏名と生年月日、または氏名と住所が記載されている、官公署発行のもの</small>