

同意書

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。

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	()	<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"/> 住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 住基	
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同住所		
	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			

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。

申請者

住所

氏名

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	()	<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 証明書 <input type="checkbox"/> 住基	
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同住所		
	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	()	<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 証明書 <input type="checkbox"/> 住基	
	現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同住所		
	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			

※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 ※顔写真がない場合は、ほかにもう1つ が必要です	<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（ ） ※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