令和　　年　　月　　日

つくばみらい市長　殿

同意書

下記の同意者は、対象者に係るつくばみらい市医療福祉費支給に関する条例第5条及びつくばみらい市医療福祉費支給に関する条例施行規則第3条に基づく事務手続きを処理するために限って、　**年度**の地方税関係情報についてマイナンバー情報連携を使用し市役所が取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | |  |
| 同意者 | 対象者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| マイナンバー |  |
| 現住所 |  |
| **令和　　年1月1日現在**の住民証があった住所 |  |
| 同意者 | 対象者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| マイナンバー |  |
| 現住所 |  |
| **令和　　年1月1日現在**の住民票があった住所 |  |

記載要領

１　同意する者が自ら署名を行うこと

２　次のいずれかを選び、コピーを添付すること

・マイナンバーカード

・マイナンバー通知カード（現住所・氏名が一致しているもの）及び本人確認書類（免許証やパスポート）

３　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