

同意書

個人番号																制度	☐ こども医療 ☐ ひとり親家庭医療 ☐ 重度障がい者医療
住 所	大阪市 区																
氏 名													受 給 者 番 号				
対 象 者 氏 名	☐ 申請者と同じ																

関係者①	個人番号		続柄	☐ 配偶者 ☐ 扶養義務者									
	住 所	☐ 申請者と同じ											
	氏 名												
関係者②	個人番号		続柄	☐ 配偶者 ☐ 扶養義務者									
	住 所	☐ 申請者と同じ											
	氏 名												
関係者③	個人番号		続柄	☐ 配偶者 ☐ 扶養義務者									
	住 所	☐ 申請者と同じ											
	氏 名												

対 象	☐ 申請者 ☐ 関係者① ☐ 関係者② ☐ 関係者③
1月1日 現在住所	〒
対 象	☐ 申請者 ☐ 関係者① ☐ 関係者② ☐ 関係者③
1月1日 現在住所	〒

- ☐ 番号確認（個人番号カード・通知カード・住民票・その他（ ））
☐ 本人確認（個人番号カード・運転免許証（運転経歴証明書含む）・旅券・その他（ ））
☐ 備考（ ）