))

))

(提出先) 大阪市長

同 意 書

1. 申請者

私が申請した医療証交付申請書・異動届・資格喪失届に関し、資格の認定及び医療証更新に必要な地方 税関係情報(所得情報)または健康保険情報を、個人番号(マイナンバー)を利用した情報連携により取 得することに同意します。

個人番	号										制	度	□こども医療 □ひとり親家庭 □重度障がい者
住	所	大阪市			区								
氏	名										受給番	者号	
対 象	者 名	□申請者	かと同じ かんしょう かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かい	,									
2. 関係 私は、上 報を、個人	:記対												所得情報)または健
美	個人	番号		+ 1								続	柄 □配偶者 □扶養義務
1	住	所	□申請	青者と	同じ								
1	氏	名			ı		•			•			
美	個人	番号										続	柄 □配偶者 □扶養義務
1日	住	所	□申請	青者と	同じ								
(2)	氏	名											
関	個人	番号										続	析 □配偶者 □扶養義務
	住	所	□申訃	青者と	同じ		ı						
(3)	氏	名											
● 1 月 1	日玮	見在の住	所										
/ • -	象	□申請			 昼係者			□関	係	者②	[□関∕	係者③
対													
対 1月1 現在住		Ŧ											
1月1 現在住	所 象	□申請	者			í(l)		□関	係表	者②	[]関 [/]	係者③

□ 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