

(表)

五戸町ひとり親家庭等医療費受給資格証交付（更新）申請書

年 月 日

五戸町長

様

住 所 五戸町

申請者

氏 名

TEL ()

給 付 対 象 者	ふりがな					
	氏 名					
	生 年 月 日					
	続 柄					
	申請者との同居・別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居	同居・別居	
	父又は母の氏名					
	ひとり親家庭等となった原因					
	ひとり親家庭等となった年月日					
	加 入 保 険	保険の種類				
		記号番号				
		付加給付の有無				
		保 険 者				
所 在 地						

資格証交付番号

第 号

認 め る 給付対象者と認める年月日 年 月 日
対象者と
認めない 認めない理由

情報連携における個人番号の取扱いに関する同意書

ひとり親家庭等医療費受給者証等交付申請及び更新に際し、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づき、情報連携を行うにあたり、五戸町が個人番号を利用して、行政機関又は地方公共団体等に照会すること及び関係機関が五戸町に回答することに同意します。

また、下記の者の個人番号を届け出ます。

同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											
同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											
同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											
同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											
同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											
同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											
同意欄（同意者）		個人番号									
氏名											

（注）同意欄（同意者）の氏名は、必ず本人が自署してください。

ただし、原則、18歳未満の者については保護者が代筆することとします。