福井市長　様

令和　　　年　　　月　　　日

**情報連携に関する同意書**

　私は、福井市障がい福祉課が、「福井市重度障害者(児)医療費等の助成に関する条例施行規則第４条（受給資格の登録の申請）、第７条（受給者証の更新）及び第１０条（届出の義務）」に基づく事務手続きを処理するために限り、個人番号を利用した情報連携により、必要な年度の地方税関係情報・加入医療保険情報・生活保護受給情報について取得することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 続柄 | 本　人 |
| 氏名 | 　（※） (※)本人が手書きしない場合は記名押印してください |
| 生年月日 | 　　大正・昭和平成・令和 | 　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| 住所 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※受給者証は、毎年８月１日に更新します。更新の際にもこの同意書をもって所得調査を行います。

※重度障害者(児)医療費等助成金の支給決定のため、この同意書をもって加入医療保険情報の調査を　　　行います。