

記入例

福井市長 様

提出日

令和 7 年 8 月 1 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。

自署の場合、押印は不要です。

フリガナ	フクイ ハナコ		
氏 名	福井 花子 (※) (※)本人が手書きしない場合は記名押印してください	続柄	本 人
生 年 月 日	大正・昭和 29 年 1 月 1 日 平成・令和		
住 所	福井市〇〇町〇〇-〇〇		
個 人 番 号	2	9	1 0 1 2 3 4 5 6 7 8

※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。