

同意書

(宛先) 奈良市長

令和 年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

※自署又は押印

乳児氏名

未熟児養育医療費の支給に関する事務において、奈良市が私及び当該乳児の扶養義務者について、個人番号を利用し、公簿等で地方税関係情報等の確認を行うことに同意します。また、以上の内容については、下表の者にも承諾を得ています。

当該乳児と生計を共にしている扶養義務者を全員ご記入ください。

氏名	生年月日	乳児との続柄	1月1日時点の住所 (申請月が1～6月は前年、7～12月は本年)
(申請者)	大正・昭和・平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外 (市・区・町・村)
	大正・昭和・平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外 (市・区・町・村)
	大正・昭和・平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外 (市・区・町・村)
	大正・昭和・平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外 (市・区・町・村)
	大正・昭和・平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外 (市・区・町・村)
	大正・昭和・平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 奈良市内 <input type="checkbox"/> 奈良市外 (市・区・町・村)

注意事項

- ※ 市民税が未申告の場合は、市民税の申告等を求める場合があります。
- ※ 個人番号（マイナンバー）が確認できない方については、市町村民税課税証明書の提出が必要です。
- ※ 公簿等により、必要な地方税関係情報が確認できない場合は、追加で書類の提出をお願いする場合があります。