

個人番号提供書兼同意書

提出日 年 月 日

山梨県知事 殿

提出者住所

提出者氏名

ウイルス性肝炎検査費用助成事務で利用する個人番号について、下記のとおり提供します。

- 1 下記の者が、私（申請者）及び私が属する住民票上の同一世帯員です
2 私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて
・同意する場合：下記の「同意します」にチェックの上、同意する本人それぞれが署名してください。
・同意しない場合：市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。

	ふりがな（自署）	生年月日	個 人 番 号												15歳以下	続柄	旧住所 （市町村）
	氏名（自署）	性 別															
申請者															<input type="checkbox"/>	本人	
	健康保険の種別（ <input type="checkbox"/> 紙による提出）																
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） 直近年度の地方税関係情報を取得することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません																
同一世帯員															<input type="checkbox"/>		
	健康保険の種別（ <input type="checkbox"/> 紙による提出）																
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） 直近年度の地方税関係情報を取得することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません																
															<input type="checkbox"/>		
	健康保険の種別（ <input type="checkbox"/> 紙による提出）																
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） 直近年度の地方税関係情報を取得することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません																
															<input type="checkbox"/>		
	健康保険の種別（ <input type="checkbox"/> 紙による提出）																
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） 直近年度の地方税関係情報を取得することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません																
															<input type="checkbox"/>		
	健康保険の種別（ <input type="checkbox"/> 紙による提出）																
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） 直近年度の地方税関係情報を取得することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません																
															<input type="checkbox"/>		
	健康保険の種別（ <input type="checkbox"/> 紙による提出）																
	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他（ ） 直近年度の地方税関係情報を取得することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません																

※15 歳以下の者の同意（自署）は不要です。

※旧住所（市町村）については、申請年の1月1日以降（1月～6月の間に申請する場合は、申請年の前年の1月1日以降）に転居があった場合に記入してください。

※窓口で申請者本人のマイナンバーと身元確認を行うので(1)又は(2)のいずれかをご持参ください。

(1) マイナンバーカード (2) 通知カード+顔写真入りの身分証明書

代理人が申請する場合は、別途委任状が必要となります。

また、世帯員のマイナンバーの確認できる書類等をご持参ください。

郵送による申請の場合は、これらの写しを添付してください。