記載例

マル福区分	申請区分	世帯番号
ひ親 ・ 障 ・ 妊婦・[小児]	[新規] ・転入・更新	
誕生月	7 ・ 8・ 9・ 10 ・ 11 ・ 12 ・ 1・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6	

※以下の**赤字**の箇所を記載してください。
※同意者１、２の欄は必ず本人に自書していただきます。
※提出する際には**両面印刷**でお願いします。

牛久 お子様のお名前を記入してください。

同　意　書

受給者	氏 名	生 年 月 日	公費番号
	牛久　一郎	西暦　20XX 年　1 月　1 日生	
	牛久　二郎	西暦　20XX 年　5 月　1 日生	
	牛久　三郎	西暦　20XX 年　8 月　1 日生	
		西暦　　年　　月　　日生	

上記の受給者が医療福祉費受給制度（マル福）を受給する期間内において、牛久市が牛久市医療福祉費支給に関する条例第５条、牛久市医療福祉費支給に関する条例施行規則第３条に基づく事務手続きを処理するために限って、以下の同意者の地方税関係情報について取得することに同意します。

また、当受給者が牛久市の国民健康保険の被保険者または茨城県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者である期間の診療分に係る高額療養費・高額介護合算療養費のうち、医療福祉費該当分の受領について牛久市長に委任することに同意します。なお、受領した高額療養費・高額介護合算療養費について、牛久市が保険医療機関等に支払う当該療養費に係る医療費に充当することも併せて同意します。

申請者　住　所　牛久市　〇〇町〇〇番地

氏　名　牛久　花

電話番号　029 － 873 － 9999

同意者１	受給者との続柄	本人 ・ 父 ・ [母] ・ 祖父 ・祖母 ・ パートナー ・ その他（　　）				
	フリガナ	ウシク　ハナ				
	氏名	牛久　花				
	個人番号（マイナンバー）	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊				
	生年月日	西暦　19XX　年　7　月　1　日 生				
	現住所（※１）					
	申告先市区町村名（20XX 年１月１日時点の住所）	福島	都・道 府・[県]	〇〇	[市]・区 町・村	
	申告先市区町村名（20XX 年１月１日時点の住所）	茨城	都・道 府・[県]	〇〇	[市]・区 町・村	
	市使用欄【統合宛名番号】（※２）			（ *** ： 有 ・ 無 ）		
同意者２	受給者との続柄	本人 ・ [父] ・ 母 ・ 祖父 ・祖母 ・ パートナー ・ その他（　　）				
	フリガナ	ウシク　タイチ				
	氏名	牛久　太一				
	個人番号（マイナンバー）	＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊ ＊				
	生年月日	西暦　19XX　年　12　月　8　日 生				
	現住所（※１）	福島県〇〇市〇〇町〇〇番地				
	申告先市区町村名（20XX 年１月１日時点の住所）	福島	都・道 府・[県]	〇〇	[市]・区 町・村	
	申告先市区町村名（20XX 年１月１日時点の住所）	福島	都・道 府・[県]	〇〇	[市]・区 町・村	
	市使用欄【統合宛名番号】（※２）			（ *** ： 有 ・ 無 ）		

※１ … 住所が申請者と同じ場合は記載の必要ありません。
※２ … 市で使用しますので、記入は不要です。

市処理欄（**※こちらの面は市で使用しますので、記入は不要です。**）

所得照会年月日	同意者１		同意者２	
	照会先市町村名	照会年度	照会先市町村名	照会年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度
年　月　日		年度		年度

引継事項

No	文書廃棄予定年度	備考
1	年度	
2	年度	
3	年度	

※受給者全員が所得確認の必要がなくなる予定の年度を記載してください。転出等で予定が変更になった場合は随時変更してください。