

同意書

長崎県知事 様

下記の者は、長崎県が感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に規定される医療費公費負担申請を処理するために限って、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

- 記載要領
- 1 同意する者が自ら署名すること。
 - 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
 - 3 申請書などに同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよいこと。

同意者	患者との続柄	
	ふりがな 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居(別居の場合、下記に記載) 〒
	マイナンバー	
1	マイナンバー 確認書類	(以下、保健所が記載) ① 同意者1の個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 ② 身元の確認(同意者1または代理人) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() ③ (代理提出の場合)代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意者の健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()

同意者 2	患者との続柄											
	ふりがな 氏名											
	生年月日	年			月			日				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居（別居の場合、下記に記載） 〒										
	マイナンバー											
マイナンバー 確認書類	（以下、保健所が記載） ① 同意者2の個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 ② 身元の確認（同意者2または代理人） <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ） ③ （代理提出の場合）代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意者の健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）											

同意者 3	患者との続柄											
	ふりがな 氏名											
	生年月日	年			月			日				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居（別居の場合、下記に記載） 〒										
	マイナンバー											
マイナンバー 確認書類	（以下、保健所が記載） ① 同意者3の個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 ② 身元の確認（同意者3または代理人） <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ） ③ （代理提出の場合）代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 同意者の健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）											