

# 同意書

下記の者は鳥取県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第十九条第八号に基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第八十五条に規定する事務手続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り同意することを申し添えます。

## ●該当事務手続

該当事務に○をつけてください。



<input type="checkbox"/>	高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務（第五号ロ）
<input type="checkbox"/>	高額介護合算療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務（第六号ロ）
<input checked="" type="checkbox"/>	被扶養者の申告に係る事実についての審査に関する事務（第十六号ハ）
<input type="checkbox"/>	組合員被扶養者証の検認又は更新に関する事務（第十七号ハ）
<input type="checkbox"/>	一部負担金の割合が100分の30となる場合の申請に係る事実についての審査に関する事務（第十八号）
<input type="checkbox"/>	食事療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務（第十九号）
<input type="checkbox"/>	生活療養標準負担額減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務（第二十号）
<input type="checkbox"/>	特定疾病給付対象療養に係る共済組合の認定の申出に係る事実についての審査に関する事務（第二十一号）
<input type="checkbox"/>	限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務（第二十二号）



## ●組合員

組合員氏名	共済 太郎	組合員記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇
-------	-------	---------	-----------

## ●同意者

被扶養者(または被扶養者認定を希望する者)の氏名等を記入してください。

同意者の氏名を自署できない場合は、押印をお願いします。

同意者 ①	フリガナ 氏名	キョウサイ ハナコ 共済 花子 	組合員との続柄	長女
	生年月日	H〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員と同居	<input type="checkbox"/> 組合員と別居
	現在の住民票の住所	鳥取県〇〇郡〇〇町〇〇 〇番地〇		
	今年1月1日現在の住民票の住所	※現在の住民票の住所と同じ場合は、記載不要です。		
同意者 ②	フリガナ 氏名		組合員との続柄	
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 組合員と同居	<input type="checkbox"/> 組合員と別居
	現在の住民票の住所			
	今年1月1日現在の住民票の住所	※現在の住民票の住所と同じ場合は、記載不要です。		

## ●記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 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必要があります。
- 3 同意が必要な者の数が、署名欄より多い場合は、裏面に記載してください。

## 同意書

下記の者は鳥取県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第十九条第八号に基づく利用特定個人情報の提供に関する命令第八十五条に規定する事務手続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り同意することを申し添えます。

### ●該当事務手続

該当事務に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務 (第五号ロ)
<input type="checkbox"/>	高額介護合算療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務 (第六号ロ)
<input type="checkbox"/>	被扶養者の申告に係る事実についての審査に関する事務 (第十六号ハ)
<input type="checkbox"/>	組合員被扶養者証の検認又は更新に関する事務 (第十七号ハ)
<input type="checkbox"/>	一部負担金の割合が100分の30となる場合の申請に係る事実についての審査に関する事務 (第十八号)
<input type="checkbox"/>	食事療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務 (第十九号)
<input type="checkbox"/>	生活療養標準負担額減額に関する特例の請求に係る事実についての審査に関する事務 (第二十号)
<input type="checkbox"/>	特定疾病給付対象療養に係る共済組合の認定の申出に係る事実についての審査に関する事務 (第二十一号)
<input checked="" type="checkbox"/>	限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務 (第二十二号)

### ●組合員

組合員氏名	共済 太郎	組合員記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇
-------	-------	---------	-----------

### ●同意者

		適用対象者の氏名等を記入してください。		同意者の氏名を自署できない場合は、押印をお願いします。		
同意者 ①	フリガナ 氏名	キョウサイ ハナコ 共済 花子 	組合員 との続柄	長女		
	生年月日	H〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="checkbox"/>	組合員と同居	<input type="checkbox"/> 組合員と別居	
	現在の住民票 の住所	鳥取県〇〇郡〇〇町〇〇 〇番地〇				
	今年1月1日現在 の住民票の住所	※現在の住民票の住所と同じ場合は、記載不要です。				
同意者 ②	フリガナ 氏名		組合員 との続柄			
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/>	組合員と同居	<input type="checkbox"/> 組合員と別居	
	現在の住民票 の住所					
	今年1月1日現在 の住民票の住所	※現在の住民票の住所と同じ場合は、記載不要です。				

### ●記載要領

<ol style="list-style-type: none"><li>1 同意する者が自ら署名を行ってください。</li><li>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必要があります。</li><li>3 同意が必要な者の数が、署名欄より多い場合は、裏面に記載してください。</li></ol>
---