

# 委任状兼同意書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

代理人 (頼まれた方)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、上記のものを代理人とし、次の者の「子どもの医療費の助成に関する条例」に基づく申請及び同申請の処理に必要な範囲で、私のマイナンバーを提供することについて委任いたします。

児 童

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

また、千葉市が子どもの医療費の助成に関する条例に基づく事務処理に必要な範囲内で、私の市町村民税に係る課税状況、所得金額その他市町村民税の賦課に関する情報、生活保護受給の有無及び千葉市国民健康保険に加入している場合は子どもの資格情報について、公簿等により確認することに ( 同意します ・ 同意しません )

委任・同意者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_