



※保護者、他監護者、配偶者、扶養義務者が変更・追加になる場合

届出に当たり、市長が一関市子ども、妊産婦及び重度心身障害者医療費給付規則に関する事務処理のために限って保護者、他監護者、配偶者及び扶養義務者の地方税関係情報を取得することに同意します。(個人番号を使用して情報照会を行う場合も含まれます。)

変更事項		変更後の内容				変更年月日	
保護者・他監護者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 保護者変更 <input type="checkbox"/> 他監護者追加 <input type="checkbox"/> 他監護者削除 <small>※保護者変更、他監護者追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				R 年 月 日	
		個人番号					
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地			昨年1月1日時点の住所地	
配偶者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				R 年 月 日	
		個人番号					
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地			昨年1月1日時点の住所地	
扶養義務者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				R 年 月 日	
		個人番号					
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地			昨年1月1日時点の住所地	
扶養義務者	<input type="checkbox"/> 氏名等変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <small>※追加の場合は、上記同意の対象</small>	氏名				R 年 月 日	
		個人番号					
		住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ				
		転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地			昨年1月1日時点の住所地	

備考欄