

福岡市長殿

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、福岡市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第三十七条及び第四十二条に基づく事務手続を処理するために限って、福岡市が公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）で住民情報、所得情報及び生活保護関係情報を取得することに同意します。

〈記載要領〉

- 1 相続人が記入する場合、相続人であることを示す書類を添付すること。
- 2 申請書等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。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。
- 4 同意が必要な者が署名により行うこと。

※一部同意書では対応困難な場合があります。その場合は保健所からご連絡しますのでご了承ください。

フリガナ												
患者氏名												
生年月日	大正・昭和・平成・令和			年			月			日		
現住所												
個人番号 (マイナンバー)												

○以下、患者と同一世帯に属する方全員の同意をお願いします（裏面もあります）。

フリガナ												
同意者氏名										患者との 続柄		
生年月日	大正・昭和・平成・令和			年			月			日		
現住所											<input type="checkbox"/>	申請者と同住所
個人番号 (マイナンバー)												

フリガナ												
同意者氏名										患者との 続柄		
生年月日	大正・昭和・平成・令和			年			月			日		
現住所											<input type="checkbox"/>	申請者と同住所
個人番号 (マイナンバー)												

(裏面あり)

