

給付認定に係る個人番号(マイナンバー)提供書

次のとおり、子ども・子育て支援給付に係る給付認定の必要書類として、下記のとおりマイナンバーを提供します。

令和 年 月 日

申請者	ふりがな 代表保護者氏名	性別	生年月日	個人番号							
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日					

【注意】・上記代表保護者氏名は、給付認定申請書の代表保護者欄へ記入した方と一緒にしてください。

・代表保護者の本人確認及び番号確認が必要です。確認できる資料のコピーを裏面に添付してください。

○代表保護者と同一住所へお住まいの世帯員のマイナンバーを全て記入してください。

(別居で生計を一にする子どもがいる場合、住民票上世帯分離している場合も同一生計者として記入してください。)

	ふりがな 氏名	性別	生年月日	個人番号								
対象児童		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和 年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和 年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和 年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	令和 年 月 日									
同居又は同一生計者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日									

※個人番号確認の同意

給付認定に伴うマイナンバーの提供について、記入漏れ等があった場合やマイナンバーが不明な場合、瀬戸内市が住民基本台帳ネットワーク等から児童の世帯員のマイナンバーを確認することについて同意します。

令和 年 月 日

代表保護者氏名

備考

- ・子ども・子育て支援法施行規則の一部改正に伴い、給付認定に係る手続きの際、マイナンバーの記載が必要となりました。
- 制度の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いいたします。なお、マイナンバーの利用により税証明等の添付書類が省略できる場合があります。
- ・ご提出いただいたマイナンバーは、行政手続き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(以下番号法)第9条に基づき、本申請に係る事務の処理に必要な範囲を超えて利用することはできません。
- ・本書は、番号法第14条に基づき提出していただくものです。
- ・ご提供いただいた特定個人情報は、番号法第19条に定められた場合を除き、他機関等に提供することはありません。
- マイナンバーは、瀬戸内市において厳重に保管・管理し、施設等では保管・管理いたしません。
- ・本書は、児童の認定取消後には破棄します。そのため、再認定や弟・妹などが新規で認定を受ける場合には、新たに書類の提出をお願いすることになりますので予めご了承ください。

※市記入欄

本人確認に使用した書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他写真付き身分証明書 <input type="checkbox"/> 写真のない身分証明書※2つ以上 () () ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> パスポート	番号確認に使用した書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏) <input type="checkbox"/> 通知番号カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号記載のあるもの) <input type="checkbox"/> その他 () ()
-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

確認資料を下記へ添付してください。

- 表面に記載された**代表保護者の方のみ、確認資料の添付**をお願いします。
- 世帯員のマイナンバーについては、代表保護者が確認され、記入されたことにより確認済みとみなします。

本人確認資料	個人番号(マイナンバー)確認資料
個人番号カードをお持ちの場合	
<p>のりしろ</p> <p>・個人番号カードの表面</p> 	<p>のりしろ</p> <p>・個人番号カードの裏面</p> 
写真付きの本人確認書類の場合	
<p>のりしろ</p> <p>・運転免許証、パスポート、 身体障害者手帳等</p>  <p>1点</p>	<p>通知カード</p> <p>のりしろ</p> <p>通知カード</p> <p>個人番号 0123 4567 8901 氏名 番号花子</p> <p>住所 ○○県■■市△△町○丁目○番地 平成 10 年 3 月 31 日生 性別 女 発行 平成 27 年 10 月 NN 日 ■■市長</p>
写真付きの本人確認書類がない場合	
<p>のりしろ</p> <p>・資格確認書、介護保険証、年金手帳、 学生証などのうち</p>  <p>年金手帳</p> <p>2点</p>	
※①氏名、②生年月日又は住所の記載がある面のコピー	