

マイナンバー（個人番号）届出書

大任町長 殿

年 月 日

私は、子ども子育て支援法による施設型給付費・地域型給付費等に係る支給認定の申請（変更申請）に関する事務であって法令で定めるものに必要な目的の範囲でマイナンバー（個人番号）を利用することに同意し、届け出ます。

申請者名 ㊟

申請に係る児童	氏 名	生年月日	個人番号（マイナンバー）
		年 月 日	

申請書記載の入所児童との同居者	氏 名	児童との続柄	生年月日	個人番号（マイナンバー）	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	

※市町村記載欄

番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">本人確認書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">なし</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 写真付き（1点） <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 写真なし（2点） <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </tbody> </table>	本人確認書類		なし		写真付き（1点） <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	写真なし（2点） <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">確認者</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> </tr> </table>	確認者	
本人確認書類											
なし											
写真付き（1点） <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	写真なし（2点） <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()										
確認者											

マイナンバー（個人番号）届出書

大任町長 殿

記入例

2019年 00 月 00 日

私は、子ども子育て支援法による施設型給付費・地域型給付費等に係る支給認定の申請（変更申請）に関する事務であって法令で定めるものに必要な目的の範囲でマイナンバー（個人番号）を利用することに同意し、届け出ます。

申請者名 **大任 町男**



申請に係る児童	氏名	生年月日	個人番号（マイナンバー）
	大任 太郎	00年00月00日	※※※※※※※※※※※※※※

申請書記載の入所児童との同居者	氏名	児童との続柄	生年月日	個人番号（マイナンバー）
	大任 町男	父	00年00月00日	※※※※※※※※※※※※※※
	大任 花子	母	00年00月00日	※※※※※※※※※※※※※※
	大任 町美	姉	00年00月00日	※※※※※※※※※※※※※※
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※市町村記載欄

<p style="text-align: center;">番号確認</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p><input type="checkbox"/> 通知カード</p> <p><input type="checkbox"/> 住民票</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p style="text-align: center;">本人確認書類</p> <p>なし</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">写真付き（1点）</th> <th style="width: 50%;">写真なし（2点）</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table>	写真付き（1点）	写真なし（2点）	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">確認者</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"> </td> </tr> </table>	確認者	
写真付き（1点）	写真なし（2点）								
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()								
確認者									