第２号様式（第５条関係）

個人情報確認同意書

令和　　年　　月　　日

（宛先）新居浜市長

申 請 者	ふりがな	
	氏　　名	※自署
住　　所	（〒　　－　　） 市	
生年月日	年　　月　　日	
電話番号	ー　　ー	

新居浜市が実施する事業、制度等を利用するにあたり、当該事業、制度等の資格審査のため、市が保有する私（世帯全員が審査対象の場合は当該世帯全員）に係る次の個人情報を確認することに同意します。

１　事業、制度等の名称　　特定不妊治療費助成事業

２　確認に同意する個人情報
（１）住民基本台帳に記録されている情報
（２）納税状況に関する情報
（３）課税状況に関する情報

※世帯全員が審査対象の場合は、当該世帯全員の署名（自署）が必要です。
未成年者については親権者等（法定代理人）が自筆してください。

	氏　　名	申請者との続柄	生年月日
1			年　　月　　日
2			年　　月　　日
3			年　　月　　日
4			年　　月　　日
5			年　　月　　日
6			年　　月　　日
7			年　　月　　日

注　この同意書により確認する個人情報は、上記の目的のためにのみ利用し、その他の目的に利用することはありません。