

第2号様式（第5条関係）

個人情報確認同意書

年 月 日

(宛先) 新居浜市長

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

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 一般不妊治療費・不育症検査治療費助成事業

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。