小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に係る 個人番号（マイナンバー）調書

①　提供が必要な個人番号(マイナンバー)

　　受診者ご本人の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

　　また、マイナンバーの確認書類が必要です。郵送の場合はコピーを同封してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 診 者 | 受給者番号（※新規申請時は不要） |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する方）について記入して

ください。（受診者が被用者保険に加入している場合は、被保険者のみ記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者と同じ医療保険に  加入している方 | （フリガナ）  氏　名 | 続柄 | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　受診者が18歳未満で、申請者（保護者）が市民税非課税の場合、申請者（保護者）の配偶者の医療保険が異なる場合でも、配偶者の個人番号を記入してください。

②　代理人への委任について

　・代理人が窓口へ直接提出する場合は、下の各欄に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代 理 人 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |
| （申請者）  委任者 | 個人番号の提出を上記の者に委任します。 | | |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | |

〔保健所記入欄〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者の本人確認 | 1つで可 | □運転免許証　　□身体障害者手帳　　□個人番号カード　　□その他（　　　　　　　　　） |
| 2つ以上 | □医療保険証　　□介護保険証　　　　□医療受給者証（　　　　　）　□その他（　　　　） |
| 受診者等の番号確認 | □通知カード　　　□住民票（個人番号付き）　　□個人番号カード　　□その他（　　　　　　　　　） | |

〔県庁処理欄〕

|  |  |
| --- | --- |
| 入力日 | 確認日 |
|  |  |