様式第１号の１

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)

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

※ 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		
委任者（申請者）	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