

様式第1号の1

特定医療費（指定難病）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	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	2つ以上	<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 医療受給者証 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
受診者等の番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票 (個人番号付き)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他 ()	