

個人番号（マイナンバー）提供書

（肝炎治療特別促進事業）

提出日 年 月 日

長崎県知事 様

提出者 住所

氏名

肝炎治療特別促進事業で利用する個人番号について、下記のとおり提供します。

- 1 下記の者が、私（申請者）及び私が属する住民票上の同一世帯員です。
（受給者証申請事項変更、県外からの転入。治療費療養請求の場合は本人分のみの提供で可）
- 2 私及び下記の同一世帯員は住民基本台帳に関する情報及び医療保険情報、直近年度の地方税関係情報を取得することについて
・同意する場合：下記の「同意します」にチェックの上、同意する本人それぞれが署名してください。
・同意しない場合：医療保険情報、住民票及び市町村民税（所得割）の課税年額等について紙による提出が必要です。
※自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く。）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し、その額に応じて認定するものと規定されています。
※自己負担額階層区分が最高階層（2万円）と認定されることに了承し、市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

申請者	フリガナ		同意	☐ 同意します ※申請者本人が同意した場合のみ 情報照会可能です。			
	氏 名						
	マイナンバー						
同一世帯者	フリガナ		受診者 との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		同意	☐ 同意します ☐ 同意しません（紙による提出）			
	マイナンバー						
	フリガナ		受診者 との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		同意	☐ 同意します ☐ 同意しません（紙による提出）			
	マイナンバー						
	フリガナ		受診者 との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		同意	☐ 同意します ☐ 同意しません（紙による提出）			
	マイナンバー						
	フリガナ		受診者 との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		同意	☐ 同意します ☐ 同意しません（紙による提出）			
	マイナンバー						

当年1月1日時点の住所が申請時と異なる場合、申請者と同一世帯者の当該時点の住所を記載ください。

	氏名	1月1日時点の住所
申請者		
同一世帯者		

保健所チェック欄

申請者又は代理人 の本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 顔写真付き身分証明書 （運転免許証・パスポート・その他） ☐ 顔写真のない身分証（2つ必要） （ ）（ ）	申請者及び同一世帯 者の番号確認	☐ マイナンバーカード ☐ 個人番号付きの住民票 ☐ 通知カード（氏名・住所等に変更がない ものに限り）
-------------------	--	---------------------	--