マイナンバー（個人番号）提供書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  氏　名 |  | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 年　　　月　　　日 |
| 平成 | 令和 |
| 住　所 |  | | | | |

※受給者（受診者）が18歳未満の場合、申請者はその保護者となります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号（７桁）  (新規申請・転入者は記載不要) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | マイナンバー（１２桁） | | | | | | | | | | | |
| 受給者  (受診者) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯員 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※「世帯員」には、支給認定基準世帯員の方のみ記載してください。

|  |
| --- |
| ＜代理人が提出の場合＞　　　　　　　　　　委任状  　　　年　　　月　　　日  委任者（申請者）　住所  氏名  私は、下記の者を代理人と定め、特定医療費（指定難病）支給認定申請に伴う個人番号提供に関することについての権限を委任します。  代理人　　　住所  氏名　　　　　　　　　　　　委任者との関係（　　　） |

|  |
| --- |
|  |

【厚生センター・支所、保健所記載欄】

整理番号

受付・確認日　　　　　　年　　　月　　　日　　　受付者　職名　　　　　氏名

番号確認　　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□通知カード（変更がないもの）　□マイナンバー入り住民票

本人確認　　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□運転免許証　[2つ以上]□住民票　□保険証写し　□その他（　　　　　　）

代理人確認　□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□運転免許証　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

上記のとおり相違ありません。

所属　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印