

個人番号（マイナンバー）提供書

本人 確認	
----------	--

小児慢性特定疾病の支給認定に関する申請手続き等については、個人番号の記載が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（番号法）で義務付けられています。取得した個人番号は、「小児慢性特定疾病医療費の支給に関する事務」でのみ利用します。これまでに小児慢性特定疾病の支給認定に関する手続で個人番号を提供したことがある方については提供不要です。下記を参考に、個人番号の提供が必要な方について記入してください。また、申請手続きを委任する場合は裏面もご記入ください。

- 国民健康保険、国保組合の方は、同じ医療保険に加入している世帯全員分
- 被用者保険（社会保険）の方は、受診者本人と被保険者の2人分
(ただし、被保険者が県外へ単身赴任等により、被保険者と申請者が異なる場合は、申請者の分も必要です。)
- 生活保護を受給していて医療保険に加入していない方は、受診者本人と申請者の2人分

※個人番号の提供がない場合は、必要な方の個人番号を住民基本台帳ネットワークにより取得させていただきますので、あらかじめご了承ください。
※その際は、下記の表中「氏名」「受診者との続柄」「性別」「生年月日」「住所」をご記入ください。

										受給者番号											
フリガナ 氏名	個人番号										受診者 との 続柄	性別	生年月日	住所							
												本人		(平成) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						
														(大・昭・平) 年 月 日	〒						

※本提供書のほか、別紙「本人確認について」をご覧のうえ、確認書類をご提出（提示）ください。

委任状

申請手続きを委任する場合	代理人（住 所） （氏 名） （生 年 月 日） 年 月 日 （電 話 番 号） （委任者との関係） 私は、上記の者を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請、受給者証等記載事項変更届又は受給者証再交付申請に伴う個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を委任します。
	委任者（住 所） （氏 名） ⑩ （生 年 月 日） 年 月 日

※別紙「本人確認について」の裏面「2 申請者の代理人が受給者等の個人番号を提供する場合」をご確認ください。