

肝炎治療特別促進事業 個人番号利用同意書

- 肝炎医療費助成においては、「世帯全員が記載されている住民票」及び「世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額等を証明する書類」が必要です。
- また、申請者においては、保険情報が分かる書類の提出も必要となります。
（世帯合算対象除外申請をする場合、除外申請する方についても保険情報が分かる書類が必要です）
- 同意のあった方については、個人番号（マイナンバー）の利用により、これらの添付書類を省略することができます。省略を希望する方についてご記入ください。
- * 「課税市町村」の欄には、市町村民税の課税が行われた市町村をご記入ください。
1月から6月までに申請する場合……前年の1月1日時点の住民票に基づいた市町村
7月から12月に申請する場合……申請年の1月1日時点の住民票に基づいた市町村
- * 個人番号で情報を取得できなかった場合は、後日、書類の提出を求める場合があります。

記入日	年 月 日
-----	-------

受給者証番号 (新規の場合は記入不要)							
------------------------	--	--	--	--	--	--	--

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな) ----- (氏名)	本人	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな) ----- (氏名)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな) ----- (氏名)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	

（記載欄が不足する場合は、裏面に記載ください）

氏名（自署）		続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)					

氏名（自署）		続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)					

氏名（自署）		続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)					

氏名（自署）		続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)					

氏名（自署）		続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)					

氏名（自署）		続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)					