

肝炎治療特別促進事業 個人番号届

(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※ 1 2 桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※ 1 2 桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※ 1 2 桁											
(氏名)												

(記載欄が不足する場合は、裏面に記載ください)

	委 任 状	年 月 日
埼玉県知事	委任者 (申請者)	
	住所 _____	
	氏名 _____	
私 (申請者) は、下記の者に個人番号利用・提供等の取扱いを委任します。		
	代理人	
	住所 _____	
	氏名 _____	
	委任者との関係 _____	

【保健所記入欄】

提出方法	来所 : <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 郵送
身元確認	<input type="checkbox"/> 顔写真入り身分証明書 1つ → <input type="checkbox"/> 個人番号カード (マイナンバーカード)、 <input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> 顔写真なし身分証明書 2つ → <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> 住民票、 <input type="checkbox"/> 課税 (非課税) 証明書、 <input type="checkbox"/> 他 ()
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()
受付確認	年 月 日 確認者

