帯 調 世

- ◆ 住民票上の世帯全員及び受診者又は受給者と同じ医療保険に加入している方を記入してください。
 ◆ 特定疾患医療受給者証交付申請(新規・更新)を行う場合、マイナンバー制度における地方税関係情報を取得するため、次の事項に留意し、支給認定世帯員全員からの同意が必要となります。なお、特定医療費(指定難病)支給認定申請の際は、同意は不要です。
 ・同意する者は、自ら署名を行うこと。
 ・同意の有無について口にチェックすること。
 ・代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。
 ◆ 世帯内に、他に特定医療費(指定難病)、小児慢性特定疾病医療及び特定疾患治療研究事業の受給者がいる場合は、受給者証のコピーを添付してください。

	ふりがな	住所					特定医療 費(指定			
	氏 名	患者との			← ♣	医療保険の種別 (該当するものに〇)	難病)や 小児慢性	1月1日時点 で居住してい た市町村名		
	個人番号(マイナンバー) (12桁)	が行この 生年月日(和暦) 年齢 続柄 は は は は は は は は は は は は は は は は は は は			等の受給 の有無	たい回りた				
患者	フリガナ	住所	(₹	_)		被用者(本人・家族)		口住所と同じ
	氏名							市町村国保	有	口異なる
								国保組合(本人・家族)		
	個人番号	続柄			_			後期高齢	無	市町村名
	記載不要	本人	1	Ŧ	月		歳	生活保護		l J
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →		北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負 方関係情報を取得することに ロ同意する 口同						を処理する	ために限って地
	フリガナ	住所	(∓	_)		被用者(本人・家族)		口住所と同じ
	氏名							市町村国保	有	口異なる
1		口患者と同	司じ					国保組合(本人・家族)		
帯	個人番号	続柄						後期高齢	無	市町村名
· 員			至	Ŧ	月	В	歳	生活保護		L J
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定 方関係情報を			施要綱に		(対象患者が負 調意する 口同	担する額の決定事務手続き 意しない	を処理する	ために限って地
	フリガナ	住所	(₹	_)		被用者(本人・家族)		口住所と同じ
	氏名							市町村国保	有	
2		口患者と同	31°					国保組合(本人・家族)	Р	□異なる
世帯員	個人番号	続柄						後期高齢	無	市町村名
			年	Ŧ	月	В	歳	生活保護		
					施要綱に			 担する額の決定事務手続き	を処理する	ために限って地
	フリガナ	方関係情報を 住所	以待すること	_)	副意する □同			
	氏名							被用者(本人・家族)	_	口住所と同じ
3								市町村国保 国保組合(本人・家族)	有	□異なる
世帯	JEP 1 37 C	□患者と同 続柄	可じ					後期高齢	無	市町村名
真	個人番号	פירוטטויי	左	Ŧ	月	В	歳	生活保護	m.	
		小产类软件中	产电外集开 布:	古类由	træ/==1	-#~.	****************		左加亜オス	t w 10712 - 7445
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	方関係情報を	取得すること		他安制に		、対象忠石が負 副意する 口同	担する額の決定事務手続き 意しない	を処理する	ために限って地
	フリガナ	住所	(₹	_)		被 用 者(本人・家族)		口住所と同じ
	氏名							市町村国保	有	□異なる
金世帯順		口患者と同	ョ じ					国保組合(本人・家族)		市町村名
	個人番号	続柄			_	_		後期高齢	無	ا ا
			1	Ŧ	月		蔵	生活保護		l J
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定 方関係情報を			施要綱に		(対象患者が負 同意する 口同	担する額の決定事務手続き 意しない	を処理する	ために限って地
⑤ 世	フリガナ	住所	(₹	_)		被用者(本人・家族)		口住所と同じ
	氏名							市町村国保	有	
		口患者と同	引じ					国保組合(本人・家族)	.,,	口異なる
	個人番号	続柄						後期高齢	無	市町村名
		1	ź	Ŧ	月	В	歳	生活保護		
					施要綱に			 担する額の決定事務手続き	 を処理する	<u>・</u> ために限って地
	* 1 / ノハーの独日利用に休る回息 →	方関係情報を					意する 口同			

〈医療保険の資格情報が確認できる資料のコピー、市町村民税の課税状況が確認できる書類について〉 加入している医療保険の種別により提出の必要な方が異なります。

		提出書類				
	保険種別	医療保険の資格情報が確認 できる資料のコピー	※市町村民税課税証明書類 (市町村によって、名称が異なる場合が あります)			
国民健康保険		同じ国保の加入者全員 ※義務教育を終了していな いものについては省略可	同左			
		同じ住民票上で後期高齢に 加入している方全員	同左			
拉田老 伊隆	患者が被保険者の場合	患者本人のみ	同左			
被用者保険	患者本人以外が被保険者の 場合	被保険者の 被保険者及び患者本人 被保険者(被保険者) 場合、患者本人分を				
国民健康保険組合		同じ保険の加入者全員	同じ保険の加入者全員(所得課税証明書を提出)			

〈市町村民税課税証明書類について〉

- 1 次のいずれかの書類を提出してください。
 - (1) 市町村民税(非)課税証明書(原本)→ 市町村によって名称が異なる場合があります
 - (2) 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書(コピー)
 - (3) 市町村民税の税額決定・税額通知書(コピー)
 - ※いずれの書類も申請日が4月~6月の場合は「前年度」、7月~3月の場合は「当該年度」の書類を 提出してください。
 - ※1月1日に札幌市など指定都市に住所を有していた場合、地方税法に規定する個人住民税所得割の標準 税率が「6%」により算定された所得割額を確認できる書類を提出してください。
- 2 市町村民税非課税の方は次の書類を併せて提出してください。((2)は該当する方のみ)
 - (1) 所得証明書(所得課税証明書を提出する場合は不要)
 - (2) 障害年金や特別児童扶養手当等を受給されている方は、前年の支給額が確認できる書類のコピー

特定疾患医療受給者証等交付申請において、代理人が世帯調書に署名を行う場合は、委任状の提出が必要です。

		委任状							
北海道知事 様			年	月	В				
委任者(患者又は保護者)	氏名			_ (署名)					
	私は、次の者を代理人として、特定疾患医療受給者証等交付申請に際し、地方税関係情報の取得に係る 世帯調書(同意書)に署名することについて、権限を委任します。								
代理人	住所	₹							
		(電話番号 —	_)					
	氏名	【委任者との関係		(署名) 】 _					