

世 帯 調 書

- ◆ 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□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。

	フリガナ	住所			医療保険の種別 (該当するものに○)	特定医療費（指定難病）や小児慢性等の受給の有無	1月1日時点で居住していた市町村名
	氏 名	患者との続柄	生年月日（和暦）	年齢			
	個人番号（マイナンバー）（12桁）						
患者	申請書と同じ				被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名 〔 〕
	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担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに □同意する □同意しない		
①世帯員	フリガナ	住所（〒 ー ）			被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名 〔 〕
	氏名	□患者と同じ					
	個人番号	続柄	年 月 日	歳			
	〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕						
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担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに □同意する □同意しない			
②世帯員	フリガナ	住所（〒 ー ）			被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名 〔 〕
	氏名	□患者と同じ					
	個人番号	続柄	年 月 日	歳			
	〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕						
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担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに □同意する □同意しない			
③世帯員	フリガナ	住所（〒 ー ）			被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名 〔 〕
	氏名	□患者と同じ					
	個人番号	続柄	年 月 日	歳			
	〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕						
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担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに □同意する □同意しない			
④世帯員	フリガナ	住所（〒 ー ）			被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名 〔 〕
	氏名	□患者と同じ					
	個人番号	続柄	年 月 日	歳			
	〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕						
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担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに □同意する □同意しない			
⑤世帯員	フリガナ	住所（〒 ー ）			被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名 〔 〕
	氏名	□患者と同じ					
	個人番号	続柄	年 月 日	歳			
	〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕〔 〕						
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担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに □同意する □同意しない			

〈市町村民税課税証明書について〉

- 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 日
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 _____（署名） 【委任者との関係 _____】