

個人番号に係る調書(心身障害者医療費助成制度用)

申請者	フリガナ								生年月日	年 月 日				
	氏 名								電話番号	()				
	申請者住所	〒												
	課税区市町村※	〒 都 道 区 市 ※申請時住所と異なる場合のみ記入 府 県 町 村												
	受給者番号 (お持ちの方のみ)	9												
	個人番号 (マイナンバー)													

医療保険上の 世帯主等 (申請者が20 歳未満で、世帯 主等ではない 場合に記入)	フリガナ								続柄					
	氏 名								電話番号	□←申請者と電話番号が同じ場合は、こちら にチェックを入れて記入を省略できます。 ()				
	世帯主住所	□←申請者と住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒												
	個人番号 (マイナンバー)													

※課税区市町村欄には、1月から8月までに申請する場合は前年の1月1日時点、9月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村名を記載してください。

以下は自治体が記入するので申請する方(申請者又は代行者)は記入しないでください。
通知カードについて、デジタル手続法施行日である令和2年5月25日以後に、改姓や転居等により記載事項に変更があった場合には以下の確認書類として利用することはできません。

自治体 記入欄	身元確認	申請する方 の身元確認	☐ 申請者 ☐ 代行者	☐ 個人番号カード ☐ 障害者手帳 ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 旅券 ☐ 在留カード ☐ その他()
		代理権の確認(代理申請 の場合のみ確認)	☐ 戸籍謄本(法定代理人) ☐ 登記事項証明書(成年後見人) ☐ 委任状(任意代理人) ☐ その他()	
	個人番号確認	申請者の個人番号の確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ その他()	