

(様式第 12 号)

個人番号(マイナンバー)届

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(※新規申請・県外からの転入の場合は記入不要)

	氏 名	個人番号 (マイナンバー) ※12 けた											
受診者													
申請者													
世帯員 (*1)													
//													
//													
//													
//													
//													
//													
//													

(\*1 受診者と同じ世帯で同じ健康保険に加入している方全員を記入)

(※代理人が提出する場合) 委 任 状

年 月 日

福井市長 様

委任者(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私は、次の者に、小児慢性特定疾病医療費支給に係る申請又は変更の届出及び個人番号利用・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 \_\_\_\_\_

【福井市保健所 記入欄】

来庁者 受診者本人      申請者      代理人      郵送

身元確認 運転免許証      マイナンバーカード      パスポート      } いずれか1つ

身体障害者手帳      療育手帳

その他官公署が発行した顔写真入り証明書等 (      )

健康保険証      年金手帳      介護保険被保険者証      } いずれか2つ

その他法律等で交付された顔写真なし証明書等 (      )

番号確認 個人番号カード      通知カード      住民票等

受付・確認日      年      月      日      確認者：