

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 _____ ⑩	
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	<input type="checkbox"/> 受診者本人	<input type="checkbox"/> 申請者	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 郵送
身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	} いずれか1つ
	<input type="checkbox"/> 他の顔写真入り証明書 ()			
	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	} いずれか2つ
	<input type="checkbox"/> 他の顔写真なし証明書 ()			
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 住民票等	
受付・確認日	年 月 日	確認者:		