

(様式) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請

## 個人番号（マイナンバー）提供書

(肝炎患者等に対する医療の給付に関する事務)

私は住民基本台帳に関する情報を取得することに同意します。

神奈川県知事 様

年 月 日

・住 所 \_\_\_\_\_

・フリガナ \_\_\_\_\_

・氏名（自署） \_\_\_\_\_

・生年月日 昭和・平成 年 月 日生

・性別 (✓) 男 女

・マイナンバー（個人番号）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**以下いずれかのマイナンバー確認書類を必ずご添付ください。**

- ・本人のマイナンバーカード（表・裏）のコピー
- ・通知カードのコピー（氏名・住所が住民票と一致している場合に限る）