

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)提供書兼同意書(肝炎患者等に対する医療の給付に関する事務)

神奈川県知事 様
年 月 日
(マイナンバーカード上の表記のとおり記入してください)

申請者(受給者) 住所
氏名
氏名
申請者(代理人)

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。

- ・マイナンバーカードのコピー
- ・マイナンバーが記載された住民票
- ・住民票記載事項証明書
- ・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)

- 1 (申請者が70歳以上の場合)下記の者が、私(申請者)及び私が属する住民票上の同一世帯員です。
(申請者が70歳未満の場合)私(申請者)に関する住民票は下記のとおりです。
- 2 私は保険給付の支給に関する情報を取得することに、
☐ 同意します ☐ 同意しません→健康保険証等のコピーをご提出ください。
- 3 私及び次の同一世帯員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 ☐ 同意しません →世帯全員の住民票をご提出ください。
- 4 (申請者が70歳以上の場合)私及び下記の同一世帯員は直近年度の市町村民税に関する情報を取得することに、
☐ 同意します ☐ 同意しません →課税(非課税)証明書等をご提出ください。
- ・同意する方それぞれが【同一世帯員記載欄・同意欄】に署名してください。
 - ・各情報について取得できないなど照会結果によっては、添付資料の提出をお願いすることがあります。

【同一世帯員記載欄・同意欄】 ※申請者が70歳未満の場合は、申請者のみの記載で構いません。

	フリガナ(自署) 氏 名(自署) 生年月日・性 別 保険種別 同意しない項目	続柄	未就労 の18歳 未満 の方は ✓	マイナンバー(個人番号)	1月1日時点の住民票所在市区町村 名(現住所と異なる場合に記載)	本年	前年
申請者 (受給者)			☐				
	生年月日 年 月 日生	性 別 (✓) ☐ 男 ☐ 女					
	保険種別 (該当に✓) ☐ 国保 ☐ 協会けんぽ ☐ 保険組合 ☐ 後期高齢 ☐ 国保組合ほか (具体的に)						
	同意しない項目 (該当に✓) ☐ 市町村民税情報 ☐ 住民基本台帳情報 ☐ 保険給付情報						
同 一 世 帯 員			☐				
	生年月日 年 月 日生	性 別 (✓) ☐ 男 ☐ 女					
	同意しない項目 (該当に✓) ☐ 市町村民税情報 ☐ 住民基本台帳情報						
			☐				
	生年月日 年 月 日生	性 別 (✓) ☐ 男 ☐ 女					
	同意しない項目 (該当に✓) ☐ 市町村民税情報 ☐ 住民基本台帳情報						
			☐				
	生年月日 年 月 日生	性 別 (✓) ☐ 男 ☐ 女					
同意しない項目 (該当に✓) ☐ 市町村民税情報 ☐ 住民基本台帳情報							

未就労の18歳未満の方の自署は不要(代筆可能)、また、マイナンバーの記載も不要です。

(同一世帯員の方が署名欄より多い場合は、複数枚使用してください。)