

小児慢性特定疾病医療費支給認定 個人番号記載票

社保：患者様と申請者様のみ、国保・国保組合：患者様と同じ医療保険に加入している方全員の個人番号をご記入ください。

本申請においては個人番号の記載がないことで不利益を受けることはありません。個人番号の記入を希望しない場合は、個人番号欄を空白とし、

右□欄にチェックを入れてください。

→ 個人番号の記入を希望しない。

	氏名	続柄	生年月日				
			個人番号				
患者	(ふりがな)	本人	平成・令和		年	月	日
	小児慢性特定疾病の受給者番号（※新規申請の場合は記入不要です。）						
申請者	(ふりがな)	患者の	昭・平		年	月	日
医療費支給認定基準世帯員	(ふりがな)	患者の	昭・平		年	月	日
医療費支給認定基準世帯員	(ふりがな)	患者の	昭・平		年	月	日
医療費支給認定基準世帯員	(ふりがな)	患者の	昭・平		年	月	日
医療費支給認定基準世帯員	(ふりがな)	患者の	昭・平		年	月	日

社保加入で、申請者と被保険者が同一でない時、被保険者についてご記入ください。（患者は父の扶養に入っているが、別保険の保険に加入している母が申請者の場合等

被保険者	(ふりがな)	患者の	昭・平		年	月	日

(※明石市記載欄) ◆ 窓口確認書類 ◆

番号確認書類	本人確認書類
<p>【いずれか1点】</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p><input type="checkbox"/> 通知カード</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し ・住民票記載事項証明書</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>※官公署が発行する証明書は ①氏名 ②生年月日または住所 が記載されているものに限る。</p>	<p>【いずれか1点】</p> <p><input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 療育手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 旅券</p> <p><input type="checkbox"/> 特別永住者証明書</p> <p><input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真あり) (_____)</p> <p>【以下の書類は2点以上】</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳</p> <p><input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書</p> <p><input type="checkbox"/> 住民票</p> <p><input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真なし) (_____)</p>

委任状

令和 年 月 日

明石市長 様

委任者 (申請をする方)

【住所】

【氏名】

私は、下記の者に、小児慢性特定疾病医療費の支給に係る申請又は変更の届出及びマイナンバーの利用、提供等の取扱いを委任します。

代理人 (窓口に来られた方)

【住所】

【氏名】
