

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													
保護者(*1)													
世帯員(*2)													
〃													
〃													
〃													
〃													
〃													
〃													
〃													

(\*1 受診者が18歳未満の場合) (\*2 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**

平成 年 月 日

福井県知事 様

委任者(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の者に、特定医療費(難病)支給に係る申請または変更の届出および個人番号利用・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 \_\_\_\_\_

<p><b>【健康福祉センター記入欄】</b></p> <p>来庁者 <input type="checkbox"/>受診者本人 <input type="checkbox"/>保護者 <input type="checkbox"/>代理人 <input type="checkbox"/>郵送</p> <p>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 <input type="checkbox"/>他の顔写真入り証明書 ( ) } 1つ</p> <p><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 <input type="checkbox"/>他の顔写真なし証明書 ( ) } 2つ</p> <p>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</p> <p>受付・確認日 H 年 月 日 確認者</p>	<p><b>【健康増進課記入欄】</b></p> <p>受領日 H 年 月 日</p> <p>受領者</p>
--	--

