様式第14号

肝炎、肝がん・重度肝硬変等の医療費助成制度
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）

1 受給者（本人）

【職員記入欄】

No.	氏名	個人番号（マイナンバー） ※12けた	システム入力者	システム確認者
1				

2 世帯員

No.	フリガナ 氏名 〔受診者との続柄〕	個人番号（マイナンバー） ※12けた	システム入力者	システム確認者
1	（　）			
2	（　）			
3	（　）			
4	（　）			
5	（　）			
6	（　）			

（※代理人が提出する場合）

委 任 状

福井県知事 様

年　　月　　日

委任者（申請者）　住所

氏名

私は、下記の者に、肝炎、肝がん・重度肝硬変等の医療費助成制度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

【窓口受付時 職員記入欄】

【保健予防課使用欄】

1 提出方法　□来庁（ □受給者本人 ・ □代理人）　□郵送

2 身元確認　□個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□障害者手帳
□他の顔写真入り証明書（　　）　} 1つ

□資格確認書（健康保険証）　□年金手帳　□介護保険被保険者証
□他の顔写真なし証明書（　　）　} 2つ

3 番号確認　□個人番号カード　□通知カード　□住民票等

受付・確認日　　年　　月　　日 保健所名：　　確認者①　　確認者②