

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													

(※代理人が提出する場合)

委 任 状

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、先天性血液凝固因子障害等医療費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

【保健予防課記入欄】

来庁者 ☐ 受診者本人 ☐ 保護者 ☐ 代理人 ☐ 郵送身元確認 ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳☐ 他の顔写真入り証明書 (

) 1つ

☐ 資格確認書 ☐ 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

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 確認者