

(様式第1号)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（新規・更新）交付申請書					
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	フリガナ			性別	生年月日
	氏名			男・女	年月日
	住所	〒			（電話）
	加入医療保険	被保険者氏名			申請者との続柄
保険種別		協・組・共・国・後	記号・番号		
保険者					
病名					
本助成制度 利用歴	1. あり 2. なし 公費負担者番号・受給者番号（ ） 有効期間（ 年月日～ 年月日）				
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を 1. 受けている 2. 受けていない （交付を受けている場合は、申請月以前の12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。）				
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（新規・更新）交付を申請します。					
申請者氏名 _____ (自署の場合は押印不要)					
年 月 日	徳島県知事 殿				
【申請の委任について】					
本申請を代理人に委任する場合は、□にチェックを入れ、代理人の氏名等を記入すること。					
<input type="checkbox"/> 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。					
代理人氏名	(受診者との続柄：)				
住所	〒				
電話番号					
裏面も記入					

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、参加者証を交付している都道府県知事に、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出すること。

(様式第1号)

世帯員調査書及び個人番号（マイナンバー）提供書兼同意書

徳島県知事 殿

年 月 日

申請者（受診者）氏名

(自署の場合は押印不要)

- 1 下記の者が、私（申請者）及び私が属する住民上の同一世帯員であることに相違ありません。
- 2 私及び下記の同一世帯員は、特定個人情報（「住民基本台帳に関する情報」、「医療保険給付の支給に関する情報」及び「直近年度の市町村民税に関する情報」）を取得することについて、
(該当する方にチェック)

- 同意します。 → 同意する本人それが下記に署名の上、個人番号（マイナンバー）を記載してください。
- 同意しません。 → 個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
「世帯全員の住民票」「医療保険の資格がわかるもの」
「世帯全員の市町村民税（非）課税証明書」の提出が必要です。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請者・世帯員氏名（自署）	申請者との続柄	0～15歳	個人番号（マイナンバー） 添付書類の一部省略にマイナンバーを利用する場合にのみ記載									
フリガナ	本人	□										
申請者（受診者）												
生年月日	年	月	日	生	記号・番号・枝番							
生年月日	年	月	日	生	記号・番号・枝番							
生年月日	年	月	日	生	記号・番号・枝番							
生年月日												

【注意事項】

- 16歳未満の方については、同意（自署）は不要です。また、個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。
- 上記の同一世帯員のうち、1/1時点で現住所と異なる市町村に住んでいた者がいる場合は、該当者の「申請者・世帯員氏名（自署）」欄に1/1時点の居住市町村を記載してください。
- 特定個人情報が取得できない場合は、書類の提出をお願いすることがあります。
- 申請者が70歳以上で、所得（適用）区分が「一般（Ⅲ）」の方のみ、世帯員の記載が必要です。