

肝炎検査費用助成申請書（初回精密検査・定期検査）（ 年度 回目）

徳島県知事 殿

(申請者) 氏 名：

※太枠内を記入してください。

円

【申請の委任について】

☐ 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 | (申請者(対象者)との続柄:) |
| 住 所 | 〒 |
| 電 話 番 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（対象者）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。 → 同意する本人それぞ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 | 市町村民税 合算除外 希望者※ | 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 申請者（対象者） | 本人 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | 保険者名 | |
| | | <input type="checkbox"/> | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | 記号・番号・枝番 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 保険者名 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | 記号・番号・枝番 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 保険者名 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | 記号・番号・枝番 | |
| | | <input type="checkbox"/> | 保険者名 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | 記号・番号・枝番 | |

※申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者については、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外希望可能です。

【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。
- ・市町村民税額合算対象除外を希望する者については、個人番号（マイナンバー）の提出又は「医療保険の資格がわかるもの」の提出が必要です。
- ・初回精密検査の場合は、本人のみ記載してください。
- ・定期検査の場合は、世帯員も記載してください。