

個人番号提供書

特定医療費（指定難病）の支給認定申請をする患者及びその支給認定基準世帯員の個人番号等を次のとおり提供します。

なお、個人番号等を記載している支給認定基準世帯員から、支給認定申請のために個人番号等を提供することについて同意を得ています。

岡山県知事 殿

年 月 日

申請者氏名 _____

1 患者本人の登録情報

受給者番号（7桁） ※新規の場合、空欄							
フリガナ							
氏名							
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別		
住所							
個人番号（12桁） ※不明の場合、空欄							

2 保護者の登録情報 ※患者が18歳未満の場合のみ。申請者となる保護者の情報を記入

フリガナ							
氏名							
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別		
住所							
個人番号（12桁） ※不明の場合、空欄							

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費支給認定申請については、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第14条に基づき、本人等の個人番号を提供することとなっています。なお、個人番号が分からない場合や番号確認・身元確認の書類の持参がなかった場合等は、住民基本台帳法等に基づき当県にて照会します。

以下、記入不要

保健所記入欄	番号確認 (いずれか1点)	身元確認 (写真ありは1点、写真なしは2点)	職員 確認印	住基 照会
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体・精神・療育手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・生保受給者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 難病・小慢医療受給者証 <input type="checkbox"/> 課税証明書類	日付 確認者

3 支給認定基準世帯員の登録情報

フリガナ												
氏名												
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別							
住所												
個人番号 (12桁) ※不明の場合、空欄												

フリガナ												
氏名												
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別							
住所												
個人番号 (12桁) ※不明の場合、空欄												

フリガナ												
氏名												
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別							
住所												
個人番号 (12桁) ※不明の場合、空欄												

フリガナ												
氏名												
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別							
住所												
個人番号 (12桁) ※不明の場合、空欄												

※支給認定基準世帯員欄が足りない場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーしてご記入の上ご提出ください。