

必ず裏面もお読みください

マイナンバー（個人番号）による添付書類の省略に関する調書

（マイナンバーによる添付書類の省略を希望する方のみご記入ください）

令和 年 月 日

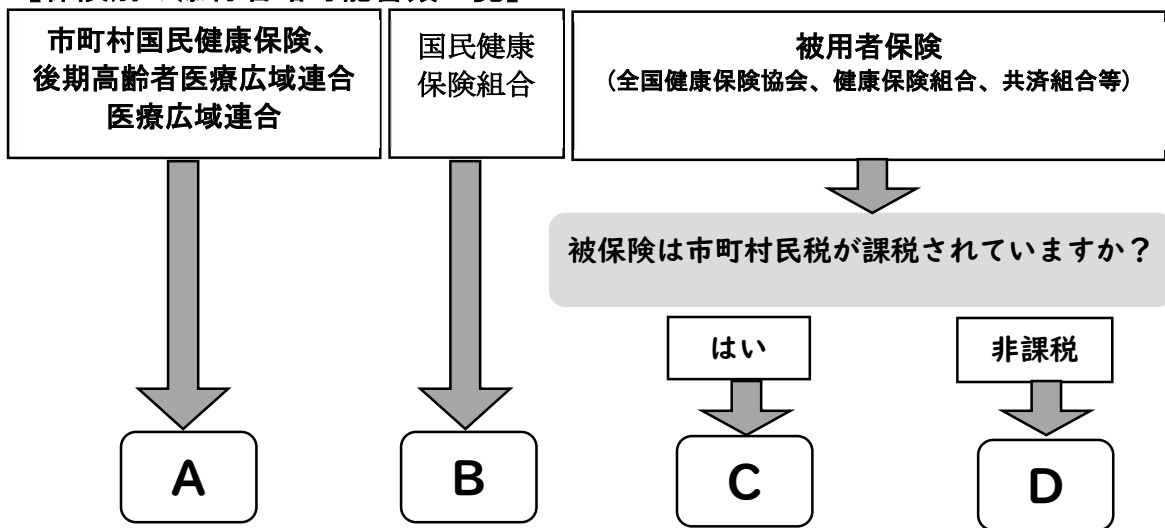
受給者番号	：	：	：	：	：	：
申請者名 （患者が18歳未満 の場合は保護者名）						難病医療給付申請に係る添付書類について、 マイナンバーによる添付書類の省略を希望 します。
患 者	フリガナ					
	氏 名					
	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類				
	課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する		

※個人番号を利用して省略を希望する書類の情報を取得することに関する同意です。同意がない場合は添付書類が必要になります。

支給認定基準世帯員	一人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類			
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	
	二人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類			
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	
	三人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類			
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	
	四人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類			
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	

- 添付書類の省略を希望する場合は、患者および支給認定基準世帯員のマイナンバーを【個人番号記載票】により提出してください。
- 省略できるのは、住民票、課税・非課税証明書及び保険情報がわかる書類となります。
※加入している保険によっては添付書類を省略ができない場合があります。
下記の【保険別の添付省略可能書類一覧】を御参照ください。
※住民票の省略のみ希望される場合は、患者氏名のみの記載で構いません。
- 課税市町村には、1月～6月までに申請する場合は、前年の1月1日時点の住所、7月～12月に申請する場合は、申請年の1月1日時点の住所を記載してください。
- 業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方の課税証明書の省略はできません。
- 市町村民税の申告をしていない場合、課税情報の取得ができません。
- マイナンバーで情報を取得できなかった場合は、後日、書類の提出を求める場合があります。
- マイナンバーで情報を取得した結果、非課税であった場合は、収入状況申告書の記載内容によって、低所得Ⅰ・低所得Ⅱを決定します（収入状況申告書の提出がない場合、低所得Ⅱになります）
- 情報連携には時間を要するため、添付書類の省略を希望した場合、書類を添付して申請する場合より受給者証交付までに時間がかかる可能性があります。

【保険別の添付省略可能書類一覧】



	住民票	健康保険書類	課税証明書
A	×	○	○
B	×	○	×
C	○	○	○
D	○	○	×

○：省略可 ×：省略不可