

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

令和 年 月 日

小児慢性特定疾病医療費支給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。

受給者番号				
申請者名 (受診者が18歳未満 の場合は保護者名)				
受診者	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

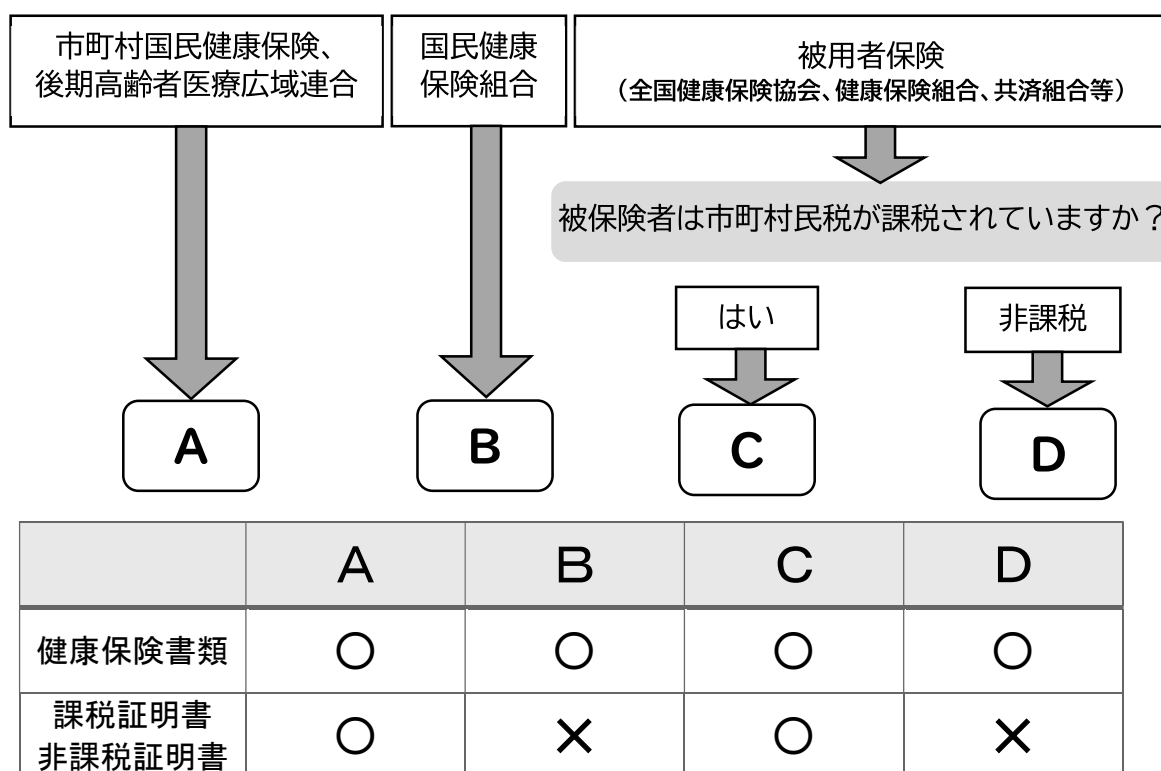
※個人番号を利用して省略を希望する書類の情報を取得することに関する同意です。同意がない場合は添付書類が必要になります。

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

\*課税市町村は、令和7年1月1日時点の住所地を管轄する自治体名を記載してください。

- 申請者(受診者が18歳未満の場合は保護者の方)の「個人番号がわかる書類の写し」と「本人確認ができる書類の写し」を提出してください。  
その他、省略を希望する方がいる場合は、「個人番号がわかる書類の写し」を提出してください。
- 別添＜受診者と同じ公的保険に加入する方の情報＞(様式第1号の2の裏面)に、世帯員氏名と個人番号を記入してください。(すでに保健所に提出済みの場合、その旨をお伝えください。)
- 国民健康保険組合加入者、被用者保険非課税の方の証明書は省略はできません。
- 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】



○:省略可 ×:省略不可