

(注) 肝炎総合対策を推進するための情報提供については、プライバシーの保護に十分配慮し、本目的以外に使用することはありません。

※該当事者全員の個人番号を記載し、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書、医療保険の資格情報が確認できる資料の提出を省略できます。

受給者証の送付先	住 所	〒 -		
	氏 名			
	電話番号		受療者 との続柄	

有効期間開始希望	年 月 から治療開始予定
----------	--------------

裏面も記載してください

下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。
※1 「個人番号による情報連携を希望しない」場合には、記入不要です。

※1 「個人番号による情報連携を希望しない」場合には、記入不要です。

※3 記入する住所所在地…1月から6月の申請—前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請—当年の1月1日在住の市区町村

合計課税年額	
--------	--

下記の者は三重県が「三重県肝炎治療特別促進事業実施要綱」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

同意する者自らが署名を行うこと。ただし、15歳以下の者の同意(自署)については、代筆可能です。

保健所使用欄

＜個人番号確認＞	確認者
----------	-----

来厅者

☐ 本人 ☐ 代理人

番号確認(申請者)

☐ 個人番号カード ☐ 通知カード

☐ 留票
☐ 居民

身元確認(来庁者)

☐ 個人番号カード

☐ 運転免許証 ☐ パスポート☐ 身体障害者手帳

☐ 身体障害者
☐ 健康保険証

☐ 健康保
☐ その他

□ その他()
 〓 医療保険の資格取得確認

＜医療保険の資格情報確認＞
☐ マイナポータル「資格情報画面」

☐ マイナポータル利用資格
☐ 資格情報のお知らせは☐ 資格情報の
☐ 資格確認書☐ 資格確認書
☐ 健康保険証