

特定医療費（指定難病）支給認定等 個人番号記載票（新規・更新・変更※1・転入共通）

平成28年1月1日に「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」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号（マイナンバー）を記入していただく必要があります。

1 受診者

受診者 氏名	個人番号（マイナンバー）※2										受給者番号 <small>（新規の場合は記入不要）</small>			

2 保護者

（「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。）

保護者	個人番号（マイナンバー）※3									

3 支給認定基準世帯員

（「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。）

支給認定基準世帯員氏名	生年月日	個人番号（マイナンバー）※4
①	明・大・昭・平・令 年 月 日	
②	明・大・昭・平・令 年 月 日	
③	明・大・昭・平・令 年 月 日	
④	明・大・昭・平・令 年 月 日	
⑤	明・大・昭・平・令 年 月 日	
⑥	明・大・昭・平・令 年 月 日	

代理人（受診者本人又は保護者以外）が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。
 ※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。

委 任 状

年 月 日

福岡県知事 殿

委任者（受診者又は保護者）

住所

氏名

印

（自署する場合は、押印を省略することができます）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号（マイナンバー）の利用、提供等の取扱いを委任します。

代理人

住所

氏名

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。

