様式第1号の3

特定医療費（指定難病）支給認定申請等に係る マイナンバー調書

① 申請者氏名等

		受給者番号（新規申請は記載不要）
申請の種類	□ 新規申請 □ 更新・変更申請等	
申請者氏名		

② 本人・支給認定世帯員のマイナンバー

・申請書に記載した支給認定基準世帯員の方について記入してください。

		氏　　名	マイナンバー（個人番号）	
受診者				□住民票記載のとおり
支給認定世帯員	①			□住民票記載のとおり
	②			□住民票記載のとおり
	③			□住民票記載のとおり
	④			□住民票記載のとおり

※マイナンバー入りの住民票を提出する場合は、マイナンバーの記載不要です。

③ 確認書類

・提出（提示）する書類に✓してください。

申請者の本人確認書類	いずれか1つ	□マイナンバーカード（表面）　□運転免許証 □身体障害者手帳　□その他（　　）
	2つ必要	□医療保険の資格確認証　□介護保険証 □医療受給者証（　　）□その他（　　）
マイナンバー確認書類	いずれか1つ	□住民票（マイナンバー入り）　□マイナンバーカード（裏面） □その他（　　）

〔行政使用欄〕

本人確認者	入力確認者①	入力確認者②