

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請に伴う個人番号の提供について

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(※新規申請の場合は、記入不要。)



| | 氏名 | マイナンバー | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員 | | | | | | | | | | | | | | |

※厚生センター記入欄

番号確認 <方法 マイナンバーカード 通知カード (その他) >
 身元確認 <方法 マイナンバーカード 運転免許証 (その他) >
 (その他) >

上記の特定個人情報について、相違ありません。

確認日 年 月 日

所属 職・氏名

(担当 職・氏名)

登録日 年 月 日

担当者印

受領番号 NO.