（別記第10号様式）

肝炎医療費助成に係る個人番号（マイナンバー）提供書

提出日　　　年　　月　　日

鹿児島県知事　殿

提出者住所

提出者氏名

肝炎医療費助成事務で利用する個人番号について，下記のとおり提供します。

１　下記の者が，私（申請者）及び私が属する住民票上の同一世帯員です（要綱第10条第１項⑶に基づく加入医療保険又は住所変更の届出，第12条に基づく県外からの転入に係る申請，第13条第３項に基づく医療費の請求を行う場合は本人分のみの提供で可）。

２　私及び下記の同一世帯員は住民基本台帳に関する情報及び医療保険情報，直近年度の地方税関係情報を取得することについて

　　・同意する場合：**下記の「同意します」にチェックの上，同意する本人それぞれが署名してください。**

　　・同意しない場合：医療保険情報，住民票及び市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。

　□　自己負担額階層区分が最高階層（２万円）と認定されることに了承し，市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

　※　自己負担限度額階層区分については，申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く。）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し，その額に応じて認定するものと規定されています。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふりがな（自署） | 生年月日 | 個人番号 | 15歳以下  | 続柄 | 申請年（申請時が１月～６月の場合は申請年の前年）の1/1時点の住民票所在市町村 |
| 氏名（自署） | 性別 |
| 申請者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ | 本人 |  |
|  |  |
| □　同意します　　　※　申請者本人が同意した場合のみ情報照会可能です。 |  |
| 同一世帯者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ |  |  |
|  |  |
| □　同意します　　　□　同意しません（紙による提出） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ |  |  |
|  |  |
| □　同意します　　　□　同意しません（紙による提出） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ |  |  |
|  |  |
| □　同意します　　　□　同意しません（紙による提出） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ |  |  |
|  |  |
| □　同意します　　　□　同意しません（紙による提出） |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □ |  |  |
|  |  |
| □　同意します　　　□　同意しません（紙による提出） |  |

※15歳以下の者の同意（自署）は不要です。

※同一住所に複数世帯が存在する場合，別途，申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写しの紙による提出が必要です。

保健所担当

確認印

（身元確認用）

保健所担当

確認印

（番号確認用）

２　提出書類貼付（※郵送による方法を選んだ方のみ）

* 申請者分のみ貼付してください。