【３】

対象者の個人番号等に記載誤りがないか十分確認してください

個人番号記載票

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者  (要支援者) | | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者  (患者が18歳未満の場合のみ記入) | | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入している者） | 一  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入している者） | 四  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 五  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 六  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 七  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 八  人  目 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | 明 大 昭 平 令 | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 年 月 日 | | |
| 住　　所 | □←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただければ記入を省略できます。  〒 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号  (マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| <県記入欄> | |  |  | □ 対面　　　　　　□ 郵送 |
| 番号  確認 | □ 個番カード　　　　□ 通知カード　　　　□ 住民票等□ 住基ネット　　　　□ その他(　　　　　　　　　　　　　　) | 代理 | □ 登記事項証明書(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□ 委任状　　　　□ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 身元  確認 | □ 個番カード　　　　□ 運転免許証(経歴証明書)　　　　□ 旅券　　　　□ 障害者手帳(　　　　　　　　　　)　　□ 在留カード  □ 特別永住者証明書　　　□ 写真付き身分証明書等(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □ 健康保険証(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　□ 介護保険証　　　　□ 住民票等　　　　□ 国民年金手帳  □ (特別)児童扶養手当証書　　　　□ 写真なし身分証明書等(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| (備考欄) | | | | |