

世帯調書

受診者の個人番号の記載がない場合でも、小児慢性特定疾病医療費助成の申請を行うことは可能ですが、住民票・課税証明書等の添付が必要になります。その場合、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、大阪府において住民基本ネットワークシステムへ個人番号の照会を行います。

	氏名	生年月日	受診者との続柄	個人番号(注1)
				課税等市区町村名(注2)
受診者		平成・令和 年 月 日	本人	□現住所と同じ(異なる場合は以下に記載)
申請者		大正・昭和 平成・令和 年 月 日		□受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
支給認定基準世帯員	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		□受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		□受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		□受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		□受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)
	フリガナ	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		□受診者と同じ(異なる場合は以下に記載)

(注1) 個人番号を記載する場合は、以下の確認書類①②を準備し、申請書類を提出する際、窓口に提示してください。
なお、郵送する場合は、写しを同封してください。

(注2) 1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日時点、7月から12月に申請する場合は申請年の1月1日時点に住所があった市区町村(市町村民税の課税地)を記載してください。

(注3) 支給認定基準世帯員欄が足りない場合は、恐れ入りますが、この用紙をコピーしてご記入の上ご提出ください。

委任状	※任意代理人(受給者以外)が申請する場合は、必ず記入してください。 (提出の代行のみの場合や、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)
	大阪府知事 様
	委任者(受給者) 氏 名 私は、この申請に係る個人番号(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に定める個人番号をいう。)を提供する権限を次の者に委任します。
受給者本人が申請する場合は不要	受任者(代理人) 氏 名 (受診者との続柄) 住 所 □申請書(申請者欄)のとおり / 電話番号 □申請書(申請者欄)のとおり /

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合は、情報連携における不開示設定等を行うことにより、所在地に繋がる情報を秘匿にすることができます。希望する場合は、希望するにチェックをしてください。(記入された情報は上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。)	☐ 希望する
--	-------------------------------

以下、保健所確認欄(申請者はチェックの記載をしないでください)

① 確認書類	受診者の個人番号の確認	☐ 個人番号カード(裏面) ☐ 個人番号の記載のある住民票/住民票記載事項証明書 ☐ 通知カード(通知カード廃止日(令和2年5月25日)以降、当該通知カードに係る記載事項に変更が無い場合に限り) ☐ その他()	
② 確認書類	個人番号を提供する方の身元確認	☐受給者 受給者: 受診者が18歳未満の場合の申請者・受診者が18歳以上の場合の受診者本人 ☐受給者以外(代理人)※	☐個人番号カード(表面) ☐運転免許証 ☐旅券 ☐運転経歴証明書 ☐身体障害者手帳 ☐精神障害者保健福祉手帳 ☐療育手帳 ☐在留カード ☐特別永住者証明書 ☐その他() ≪ 上記の書類がない場合は以下の書類のいずれか2つ ≫ ☐健康保険証 ☐年金手帳 ☐児童扶養手当証書 ☐小児慢性特定疾病医療受給者証 ☐特別児童扶養手当証書 ☐その他官公署が発行した書類で氏名及び生年月日又は住所の記載があるもの
	※代理権の確認	法定代理人 ☐ 戸籍謄本 ☐ 登記事項証明書 ☐ 裁判所の決定通知書 任意代理人 ☐ 上記「委任状」欄に記載	
③ 省略書類	【住民票】 ☐ 受診者 ☐ 支給認定基準世帯員		
	【課税証明書】 ☐ 受診者 ☐ 支給認定基準世帯員		