

(様式1)

三重県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証(新規 ・更新)													
交付申請書													
申 請 者 (医 療 の 給 付 を 受 け よ う と す る 者)	ふりがな							性 別					
	氏 名												
	生年月日	年 月 日						☐ 情報連携する※					
								☐ 情報連携しない					
	個人番号 ☐ 提供済み個人 番号と同じ												
	住 所	(電話)											
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名							申請者との続柄				
		保 険 種 別	1.協健 2.組合 3.共済 4.国保 5.後期高齢 6.その他()										
		記号・番号	(記号) (番号)										
		保険者番号・ 名称	(番号) (名称)										
病 名													
本 助 成 制 度 利 用 歴	1. あり 2. なし 公費負担者番号・受給者番号() 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)												
核酸アナログ製剤治 療に係る肝炎治療 受給者証の交付の 有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を 1. 受けている。 { 交付を受けている場合は、申請月以前の24月以内の「肝炎治 2. 受けていない。 { 療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。 }												
三重県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の(新規 ・更新)交付を申請します。 また、申請書に記入した内容については、事実と相違ありません。 申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載) 年 月 日 三重県知事 あて													

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所について確認できる関係書類を添えて提出すること。

※該当者全員の個人番号を記載し、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書、医療保険の資格情報が確認できる資料を省略できます。

裏面もご確認ください

(別紙)「70歳以上で所得区分が一般の方」は、下記を記入してください。

○世帯員調査書

下記の者が、私（申請者）が属する住民票上の同一世帯員です。

※1 「個人番号による情報連携を希望しない」場合には、記入不要です。

※2 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち市町村民税所得課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより市町村民税所得課税証明書を省略できる方を含む)です。

※3 記入する住所所在地…1月から6月の申請一前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請一当年の1月1日在住の市区町村

世帯員氏名 個人番号（※１）	受診者との続柄	年齢	市町村民税の申告（※２）	１月１日現在の住所所在地（※３） （現住所と異なる場合のみ記入）	保健所使用欄 課税年額
申請者本人	/		有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
			有・無	都道府県 市区町村	
					合計課税年額

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄(※4)

下記の者は三重県が「三重県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱」に基づく事務手続を処理するために限って直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

申請者 氏名(自署)

申請者との続柄() 氏名(自署)

申請者との続柄() 氏名(自署)

申請者との続柄() 氏名(自署)

申請者との続柄() 氏名(自署)

申請者との続柄() 氏名(自署)

同意する者自らが署名を行うこと。ただし、15歳以下の者の同意（自署）は代筆可能です。

※4 「個人番号による情報連携を希望しない」場合には、記入不要です。

保健所使用欄

＜個人番号確認＞

来厅者

☐ 本人 ☐ 代理人

番号確認(申請者)

☐ 個人番☐ 住民票

身元確認(来庁者)

☐ 個人番号カード☐ 運転免許証 ☐ パスポート☐ 身体障害者手帳

□ 健康保険証＋住民票

☐ その他()

＜医療保険の資格情報確認＞

□ マイナポータル「資格情報画面」

☐ 資格確認書☐ 健康保険証

確認者