

(裏面) ○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、個人番号の記入は不要です。

※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 | 医療保険の種類 (該当するものに○) | 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 |
|-------------------|---------|----|--------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------|
| 受療者(申請者)本人 | / | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 有・無 | 都道府県 市区町村 | |
| | | | ・協会・組合・共済 ・国保・後期・ その他() | 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「三重県肝炎治療特別促進事業実施要綱」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。

| | |
|-------------|--------|
| 受療者(申請者) | 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)については、代筆可能です。

※4 「個人番号による情報連携(市町村民税所得課税証明書の提出省略)を希望しない」場合には、記入不要です。

| | | | | |
|---------------|-----------|-------|---|--|
| 保健所記入欄 | | | 保健所使用欄 | |
| ○診断書(更新時) | ○扶養対象者の申告 | ○除外申請 | <個人番号確認> <input type="checkbox"/> 確認者 来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 番号確認(申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 身元確認(来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 1 診断書 | 1 あり | 1 あり | <医療保険の資格情報確認> <input type="checkbox"/> マイナポータル「資格情報画面」 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 | |
| 2 検査結果 | | | | |
| 3 省略(1回目) | 2 なし | 2 なし | | |
| 4 省略(2回目) | | | | |
| ○特記事項 | | 決定階層 | | |