

番号法の施行に伴う番号確認等について

小児慢性特定疾病医療費助成制度については、個人番号を利用する事務として番号法に規定されているため、平成28年1月1日以降は申請書類へ個人番号の記入が必要となります。

なお、個人番号が記載された書類を提出する際、番号法の規定に基づき、番号確認及び身元確認を行いますので、下記の書類をご持参ください。

1 番号確認書類について

以下のどちらかをお持ちください。※保護者、受診者、受診者と同一の保険に加入している方が必要です。

(個人番号カード / 通知カード)

2 身元確認書類について

以下のいずれかをお持ちください。

窓口に来所される方の

(個人番号カード / 運転免許証 / パスポート / 顔写真付の社員証又は学生証 / 健康保険証)

3 本制度の保護者について

本制度の保護者は、厚生労働省の指導により、次の優先順位に従います。

① 児童が加入している医療保険の被保険者、② 児童を現に監護している者（①に該当する父又は母の一方が単身赴任等により別居している場合等）③ 収入の高い者

申請書の保護者欄は上記に従いご記入をお願いします。18歳以上の受診者の場合は、受診者本人の名前を記入してください。

《申請者の名義の方が来所できない場合》

【例：被保険者が父で母が申請に来られる場合や、19歳の受診者で受診者の父が申請に来られる場合等】

以下の代理権を確認するための書類のいずれか一つをお持ちください。

申請者欄の名義の方の

(委任状（本書の点線下の委任状にご記入ください） / 個人番号カード / 運転免許証 / 健康保険証 / 被保険者等の氏名が印字されている医療券（小児慢性特定疾病医療受給者証、子ども医療証、障がい者医療証など）)

※ ご不明な点等は子ども保健課までお問合せください。

委 任 状

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

委任者 氏 名： _____ (印)

(申請者)

生年月日：(昭和 _____ ・ 平成 _____) 年 _____ 月 _____ 日

住 所： _____

私は、下記の者を代理人として定め、「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（平成25年法律第27号）」に規定される、個人番号の提供を伴う小児慢性特定疾病医療費助成制度の申請に関する権限を、委任します。

記

受任者 氏 名： _____

(届出者)

住 所： _____