別紙様式第８号（表面）

裏面もご確認ください

世　帯　調　書

◆　住民票上の世帯全員及び受診者又は受給者と同じ医療保険に加入している方を記入してください。
◆　特定疾患医療受給者証交付申請（新規・更新）を行う場合、マイナンバー制度における地方税関係情報を取得するため、次の事項に留意し、支給認定世帯員全員からの同意が必要となります。
　なお、特定医療費（指定難病）支給認定申請の際は、同意は不要です。
　・同意する者は、自ら署名を行うこと。
　・同意の有無について□にチェックすること。
　・代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。
◆　世帯内に、他に特定医療費（指定難病）、小児慢性特定疾病医療及び特定疾患治療研究事業の受給者がいる場合は、**受給者証のコピー**を添付してください。

	ふりがな 氏　名 個人番号（マイナンバー）（12桁）	住所 患者との続柄	生年月日（和暦）	年齢	医療保険の種別（該当するものに○）	特定医療費（指定難病）や小児慢性等の受給の有無	１月１日時点で居住していた市町村名
患者	フリガナ 氏名 個人番号 記載不要	住所　（〒　　－　　） 続柄 本人	年　月　日	歳	被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名（　）
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに　□同意する　□同意しない					
①世帯員	フリガナ 氏名 個人番号	住所　（〒　　－　　） □患者と同じ 続柄	年　月　日	歳	被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名（　）
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに　□同意する　□同意しない					
②世帯員	フリガナ 氏名 個人番号	住所　（〒　　－　　） □患者と同じ 続柄	年　月　日	歳	被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名（　）
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに　□同意する　□同意しない					
③世帯員	フリガナ 氏名 個人番号	住所　（〒　　－　　） □患者と同じ 続柄	年　月　日	歳	被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名（　）
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに　□同意する　□同意しない					
④世帯員	フリガナ 氏名 個人番号	住所　（〒　　－　　） □患者と同じ 続柄	年　月　日	歳	被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名（　）
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに　□同意する　□同意しない					
⑤世帯員	フリガナ 氏名 個人番号	住所　（〒　　－　　） □患者と同じ 続柄	年　月　日	歳	被 用 者(本人・家族) 市町村国保 国保組合(本人・家族) 後期高齢 生活保護	有 無	□住所と同じ □異なる 市町村名（　）
	マイナンバーの独自利用に係る同意 →	北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく対象患者が負担する額の決定事務手続きを処理するために限って地方関係情報を取得することに　□同意する　□同意しない					

別紙様式第８号（裏面）

〈保険証のコピー、市町村民税の課税状況が確認できる書類について〉
加入している医療保険の種別により提出の必要な方が異なります。

保険種別		提出書類	
		保険証のコピー	※市町村民税課税証明書類 （市町村によって、名称が異なる場合があります）
国民健康保険		同じ国保の加入者全員 ※義務教育を終了していないものについては省略可	同左
後期高齢者医療制度		同じ住民票上で後期高齢に加入している方全員	同左
被用者保険	患者が被保険者の場合	患者本人のみ	同左
	患者本人以外が被保険者の場合	被保険者及び患者本人	被保険者（被保険者が非課税の場合、患者本人分を追加）
国民健康保険組合		同じ保険の加入者全員	同じ保険の加入者全員（所得課税証明書を提出）

〈市町村民税課税証明書類について〉

１　次のいずれかの書類を提出してください。

（１）市町村民税（非）課税証明書（原本）

（２）給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書（コピー）

（３）市町村民税の税額決定・税額通知書（コピー）

※いずれの書類も申請日が４月～６月の場合は「前年度」、７月～３月の場合は「当該年度」の書類を提出してください。

※１月１日に札幌市など指定都市に住所を有していた場合、地方税法に規定する個人住民税所得割の標準税率が「６％」により算定された所得割額を確認できる書類を提出してください。

２　市町村民税非課税の方は次の書類を併せて提出してください。（（２）は該当する方のみ）

（１）所得証明書（所得課税証明書を提出する場合は不要）

（２）障害年金や特別児童扶養手当等を受給されている方は、前年の支給額が確認できる書類のコピー

特定疾患医療受給者証等交付申請において、代理人が世帯調書に署名を行う場合は、委任状の提出が必要です。

委任状

北海道知事　様

年　　月　　日

委任者（患者又は保護者）　　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

私は、次の者を代理人として、特定疾患医療受給者証等交付申請に際し、地方税関係情報の取得に係る世帯調書（同意書）に署名することについて、権限を委任します。

代理人　　住所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号　　－　　－　　）

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（署名）

【委任者との関係　　】