

(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	<input type="checkbox"/> 情報連携する※			適用区分			
					<input type="checkbox"/> 情報連携しない						
	個人番号 <input type="checkbox"/> 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。 2. 受けていない。 (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。 <p style="text-align: right;">申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">三重県知事 あて</p>											
※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

健康保険、船員保険及び共済組合等の被用者保険に加入しており、被保険者が低所得者区分(70歳未満の市町村民税世帯非課税者並びに70歳以上の「低所得者Ⅰ」及び「低所得者Ⅱ」)に該当すると思われる方は、下記を記入してください。

○世帯員調査書

※1 申請者、被保険者(申請者と被保険者が同じ場合は不要)、被扶養者(被保険者が70歳以上の「低所得Ⅰ」に該当すると思われる場合のみ)について、記入してください。

※2 「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。

※3 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。

※4 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(※2)	受診者との続柄	年齢	市町村民税の申告(※3)	1月1日現在の住所所在地(※4) (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	

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄(※5)

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)

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。

※5 「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()	<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
	確認者