

世帯員調査書兼同意書

山 口 県 知 事 様

下記の者は、山口県肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業に基づく事務手続を処理するために限って、最新の地方税関係情報、保険給付の支給に関する情報を取得することに同意します。

同意者 (申請者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名(自署)															
	住所	〒														
	個人番号															
	生年月日	大正・昭和 平成・令和					年			月			日	申請者との続柄	本人	<input type="checkbox"/> 16歳未満の者
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()														
同意者 (申請者 と同一世 帯の者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名(自署)															
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 〒														
	個人番号															
	生年月日	大正・昭和 平成・令和					年			月			日	申請者との続柄		<input type="checkbox"/> 16歳未満の者
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()														
同意者 (申請者 と同一世 帯の者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名(自署)															
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 〒														
	個人番号															
	生年月日	大正・昭和 平成・令和					年			月			日	申請者との続柄		<input type="checkbox"/> 16歳未満の者
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()														
同意者 (申請者 と同一世 帯の者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名(自署)															
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 〒														
	個人番号															
	生年月日	大正・昭和 平成・令和					年			月			日	申請者との続柄		<input type="checkbox"/> 16歳未満の者
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他()														

※記入欄が足りない場合は、複数枚ご使用ください。

委任状 受給者本人が申請する場合は不要	<p>※任意代理人（申請者本人以外）が申請する場合は、必ず記入してください。 （提出の代行のみの場合や、法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要）</p> <p>山口県知事 様</p> <p style="text-align: right;">委任者（申請者）氏 名 _____</p> <p>私は、この申請に係る個人番号（行政手続き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に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。</p> <p>受任者（代理人） 氏 名 （申請者との続柄 _____）</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>
----------------------------	--

※マイナンバー連携を希望される方は必ずお読みください※

世帯員調査書兼同意書の注意事項

- 申請者と住民票上同一世帯に属する者全員から同意をとること。
 - 同意する者自らが署名を行うこと。ただし、16歳未満の者の同意（自署）については代筆可。
 - 16歳未満の者については、個人番号項目のみ省略可（その他の項目については記入が必要）。

※未記入の場合等、世帯員調査書兼同意書に不備がある場合は、個人番号との情報連携ができな
いため、書類の省略はできません。その場合は、書類の添付が必要になります。
- 申請者の個人番号（マイナンバー）を申請窓口で確認します。
 - マイナンバーカードや通知カードなど、個人番号がわかる書類を必ず持参してください。

※個人番号を確認することができない場合は、書類の省略はできません。

受付窓口にお持ちいただくもの

- 申請者の個人番号（マイナンバー）が確認できる書類（いずれか一点）
 - 申請者のマイナンバーカード
 - 個人番号通知カード
 - 個人番号が記載された住民票
- 身元確認書類
 - 顔写真が入った身分証明書（次の書類のうち1点）
マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、障がい者手帳、在留カード 等
 - 顔写真の入っていない身分証明書（次のうち2点）
年金手帳、肝がん・重度肝硬変治療受給者証、児童扶養手当証書、納税証明書、住民票 等

どちらかで確認

保 健 所 記 入 欄	番号確認	本人確認（1点）	本人確認（2点）
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（裏面） <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号付き住民票等	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 官公署発行書類 <input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）