

登録者証(小児慢性特定疾病) 申請書(\*1)

疾病名				受給者番号 (医療費助成)											
要 支 援 者	フリガナ				マイナンバー(個人番号)										
	氏名														
	生年月日		年齢		電話番号										
	年	月	日	歳	— —										
	郵便番号	—													
	住所	熊本市 区													
申 請 者	氏名				要支援者との続柄										
	郵便番号・電話番号・住所は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。														
	郵便番号	—			電話番号					— —					
	住所	市 区 郡 町 村													
書面交付の希望の有無 ※原則、マイナンバーを用いた情報連携を活用。		有 ・ 無													
<p>私は、上記のとおり申請します。</p> <p>【マイナンバーに係る委任状】</p> <p><input type="checkbox"/> 申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人(代理人氏名: ) に委任します。(*2)</p> <p>申請者氏名</p> <p>_____ 年 月 日 熊本市長 様</p>															

\*1 マイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

\*2 申請者本人が窓口に来所できない場合は、を入れ、代理人氏名を記入して下さい。

〈区役所受付印〉