

1. 下記の者が、私(申請者)が属する住民票上の同一世帯員です。

2. 私及び下記の同一世帯員は直近年度の市町村民税に関する情報を取得することについて

☐ 同意します。

→同意する本人それぞれが下記に署名してください。

※所得課税証明に係る情報が取得できない場合は、所得課税証明書(原本)の提出を依頼することがあります。

☐ 同意しません。

→世帯全員の所得課税証明書(原本)の提出が必要です。

3. 私及び下記の同一世帯員は保険給付の支給に関する情報を取得することについて

☐ 同意します。

→同意する本人それぞれが下記に署名してください。

※保険給付に係る情報が取得できない場合は、医療保険の資格情報が確認できる書類の提出を依頼することがあります。

☐ 同意しません。

→医療保険の資格情報が確認できる書類の提出が必要です。

【窓口での確認について】

1.窓口で申請者本人のマイナンバーの確認と身元確認を行いますので、下記(1)～(3)のいずれかをご持参ください。

(1)マイナンバーカード

(2)通知カード又はマイナンバー記載のある住民票等+顔写真入りの身分証明書

(3)通知カード又はマイナンバー記載のある住民票等+顔写真の入っていない身分証明書2種類

※代理人が申請する場合は、別途書類が必要となります。

2.窓口で世帯員のマイナンバーの確認を行いますので、マイナンバーの確認できる書類等をご持参ください。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者・世帯員 氏名(自署) (16歳未満は代筆可)	DV等による非開示(希望対象者にチェック)	申請者との続柄	個人番号 (マイナンバー)												健康保険の種別*	除外申請の有無 (希望対象者にチェック)
(ふりがな)	☐	本人													協・組・共・国・後	☐
(氏 名)																
(ふりがな)	☐														協・組・共・国・後	☐
(氏 名)																
(ふりがな)	☐														協・組・共・国・後	☐
(氏 名)																
(ふりがな)	☐														協・組・共・国・後	☐
(氏 名)																
(ふりがな)	☐														協・組・共・国・後	☐
(氏 名)																

*協会けんぽ、組合健保、共済組合、国民健康保険、後期高齢者医療制度

※本様式は、『市町村民税合算対象除外希望申請書』の代替書類として使用できます。

※申請書の受理後、直近年度の市町村民税を確認するため、申請時期によっては前年の市町村民税額で自己負担限度額が決定します。

※DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿可能です。

センター・保健所記載欄(※記入しないでください)

本人確認	本人の番号確認	世帯員の番号確認	DV等による非開示確認	システム入力者
☐ マイナンバーカード	☐ マイナンバーカード	☐ マイナンバーカード*	(サイン等)	(サイン等)
☐ 顔写真付き身分証明書	☐ マイナンバー付き住民票	☐ マイナンバー付き住民票		
(運転免許・パスポート	☐ 通知カード	☐ 通知カード*		
・その他())	(代理人の場合)		DV等による非開示システム入力	システム確認者
☐ 顔写真のない身分証明書(2つ)	☐ 戸籍謄本	*写しでも可	(サイン等)	(サイン等)
(、)	☐ 委任状			
	☐ 代理人の本人確認			