

世帯調書

- ◆ 住民票上の世帯全員について（住民票が別でも、同じ公的医療保険に加入している方が他にいる場合にはその方も）記入し、保険証の写し及び市町村民税の課税状況が確認できる書類を添付してください。
- ◆ 「税額証明」欄については、市町村民税の課税状況が確認できる書類の有無を記載してください。
- ◆ 世帯内に他に特定医療費（指定難病）等又は小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合は、受給者証の写しを添付してください。
- ◆ 特定疾患医療受給者証交付申請（新規・更新・変更）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、世帯員全員からの同意が必要となります。 ※特定医療費（指定難病）においては同意不要
 - ・ 同意する者は、自ら署名を行うこと。
 - ・ 同意の有無について○を記載すること。
 - ・ 代理人が署名する場合、本人からの委任状をとること。

今回申請する疾病以外で既に受給者証をお持ちの場合は「有」、上記以外は「無」に○をつけてください。

特定疾患医療受給者証交付申請の場合、全員から同意を得る必要があります。記載漏れのないよう注意してください。（受給者証が藤・オレンジの方は必要です）

《マイナンバーの独自利用に係る同意事項》

(※)私は、北海道が特定疾患治療研究事業実施要綱第5条第2項第4号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税関係情報を取得することに同意します。
 なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

フリガナ 氏名 個人番号(12桁)	住所(受診者と異なる場合に記載)			医療保険の種別 (該当するものに○)	(被用者保険の方) 本人・被扶養の別	同意欄 (※)	
	患者との続柄	性別	生年月日				
特定医療費(指定難病)及び特定疾患医療受給の有無	小児慢性特定疾病医療受給の有無			税額証明			
① フリガナ ホッカイ タロウ 氏名 北海 太郎 個人番号(12桁) (35歳) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	住所 札幌市中央区北3条西6丁目2番15-301号	続柄 患者本人	性別 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日 明治大正昭和平成 57年1月1日	被用者 国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	同意する 同意しない
特定医療費(指定難病)及び特定疾患医療受給の有無 有・ 無	小児慢性特定疾病医療受給の有無 有・ 無	税額証明 有 ・無					
② フリガナ ホッカイ メグミ 氏名 北海 恵 個人番号(12桁) (32歳) 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	住所 患者と同じ	続柄 妻	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日 明治大正昭和平成 60年1月1日	被用者 国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	同意する 同意しない
特定医療費(指定難病)及び特定疾患医療受給の有無 有・ 無	小児慢性特定疾病医療受給の有無 有・ 無	税額証明 有・ 無					
③ フリガナ ホッカイ ハナ 氏名 北海 花 個人番号(12桁) (1歳)	住所 患者と同じ	続柄 子	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日 明治大正昭和平成 28年1月1日	被用者 国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	同意する 同意しない
特定医療費(指定難病)及び特定疾患医療受給の有無 有・ 無	小児慢性特定疾病医療受給の有無 有 ・無	税額証明 有・ 無					
④ フリガナ ホッカイ イワオ 氏名 北海 巖 個人番号(12桁) (76歳)	住所 患者と同じ	続柄 父	性別 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日 明治大正昭和平成 15年1月1日	被用者 国保 国保組合 後期高齢 生活保護	本人 被扶養	同意する 同意しない
特定医療費(指定難病)及び特定疾患医療受給の有無 有・ 無	小児慢性特定疾病医療受給の有無 有・ 無	税額証明 有・ 無					
⑤ フリガナ 氏名 個人番号(12桁)	住所	続柄	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	生年月日 明治大正昭和平成	被用者 後期高齢 生活保護	被扶養	同意する 同意しない
特定医療費(指定難病)及び特定疾患医療受給の有無 有・無	小児慢性特定疾病医療受給の有無 有・無	税額証明 有・無					

患者と同じ医療保険に加入している方は、マイナンバーの記載が必要です。

患者の子:北海花さんは加入している医療保険は同じですが、支給認定世帯員ではないためマイナンバーは不要です。

患者の父:北海巖さんは加入している医療保険が違うため、マイナンバーは不要です。

受給者証をお持ちであっても、加入している医療保険が違うため、世帯按分の対象にはなりません。

同一の医療保険に加入しているため、世帯按分の対象となります。

<保険証の写し、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	
		保険証の写し	※市町村民税課税証明書類
国民健康保険（退職国保を含む）		同じ国保の加入者全員 ※義務教育を修了していない者については省略可	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 (全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合、船員保険など)	患者本人が被保険者の場合	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

・次のいずれかの書類を提出してください。

- ア 市町村民税（非）課税証明書（原本）
- イ 給与所得等に係る特別徴収税額決定通知書（写し）
- ウ 市町村民税の税額決定・税額通知書（写し）

※ア、イ、ウは申請の時期が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。

・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。（イは該当する方のみ）

- ア 所得証明書（所得課税証明書を提出する場合は不要）
- イ 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写し

源泉徴収票・確定申告書・納税証明書では受付できません

特定疾患医療受給者証交付申請(新規・更新・変更)において、代理人が世帯調書（同意書）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		平成 年 月 日	
委任者	住所 〒		
	氏名	印 (自署又は記名押印)	
私は、次の者を代理人として、特定疾患医療受給者証交付申請に際し、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	印 (自署又は記名押印)	
	【委任者との関係	】	

個人がそれぞれ同意欄に記載する場合は必要ありませんが、例えば、申請者や患者本人が窓口で申請書等を記載した場合、「代理人による署名」に該当するため、委任が必要となります。
※夫婦や親子であっても、「代理人」に該当

※ただし、申請書と異なり「代理人と委任者の関係性」を窓口で確認を要するものでは