

様式第1号の3（要綱第9関係）

年 月 日

世帯調書兼同意書

私(申請者)及び私が属する住民票上の同一世帯員は下記のとおりです。下記の者は、県が福島県肝炎治療特別促進事業についての手続を行うために、個人番号(マイナンバー)を用いた情報連携により住民票基本台帳に関する情報、直近年度の地方税に関する情報、医療保険の加入状況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		続柄	性別	合算除外希望
	氏名(自署)		本人	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 16歳未満	1月1日時点の住民票所在市町村 (現住地と異なる場合)	
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> その他(保険者: )		本年	
	省略書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 医療保険情報		前年	
同意者 (申請者 と同一世帯 の者)	ふりがな		続柄	性別	合算除外
	氏名(自署)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/>
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 16歳未満	1月1日時点の住民票所在市町村 (現住地と異なる場合)	
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> その他(保険者: )		本年	
	省略書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 医療保険情報		前年	
同意者 (申請者 と同一世帯 の者)	ふりがな		続柄	性別	合算除外
	氏名(自署)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/>
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 16歳未満	1月1日時点の住民票所在市町村 (現住地と異なる場合)	
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> その他(保険者: )		本年	
	省略書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 医療保険情報		前年	
同意者 (申請者 と同一世帯 の者)	ふりがな		続柄	性別	合算除外
	氏名(自署)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/>
	個人番号				
	生年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 16歳未満	1月1日時点の住民票所在市町村 (現住地と異なる場合)	
	医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> その他(保険者: )		本年	
	省略書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 市町村民税情報 <input type="checkbox"/> 医療保険情報		前年	

※記入欄が足りない場合は、複数枚ご使用ください。

