

個人番号提供書

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付申請をする患者の個人番号等を次のとおり提供します。なお、個人番号が分からない場合や番号確認・身元確認の書類の持参がなかった場合等は、住民基本台帳法等に基づき岡山県にて照会することに同意します。

岡山県知事 殿

年 月 日

申請者氏名

1 患者本人の登録情報

受給者番号（7桁） ※新規の場合、空欄							
フリガナ							
氏 名							
生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日				性別		
住 所							
個人番号（12桁） ※不明の場合、空欄							

2 保護者の登録情報 ※患者が18歳未満の場合のみ。申請者となる保護者の情報を記入

フリガナ							
氏 名							
生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日				性別		
住 所							
個人番号（12桁） ※不明の場合、空欄							

以下、記入不要

岡山県記入欄	個人番号確認書類 (いずれか1点)	身元確認 (写真ありは1点、写真なしは2点)		職 員 確認印	住基 照会
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（表） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 身体・精神・療育手帳 <input type="checkbox"/> 年金手帳・生保受給者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し	日付  確認者	要・不要