肝炎治療費助成用

様式１７

群馬県知事　あて

令和　　年　　月　　日

世帯員調査書兼同意書

下記の者は、群馬県肝炎治療費等助成事業実施要綱第９条に基づく事務手続を処理するために限って最新の地方税関係情報（申請月が５月から６月においては旧年度及び新年度の２年度分とする）について取得することに同意します。

市町村民税（所得割）	円

申請者	フリガナ		【保健所で記入】 年度 市町村民税（所得割） 円	□住基確認 業務利用番号 世帯番号
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
	現住所			
	旧住所 ※過去２年間に転居がある場合	・本年１月１日時点の住所　　□現住所と同じ ・昨年１月１日時点の住所　　□現住所と同じ		
	個人番号			

１　太枠の中のみ記入すること。
２　申請者と住民票上同一世帯に属する者全員から同意をとること。
３　同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、複数枚使用してください。
４　**申請者のマイナンバーを窓口で確認します。**
マイナンバーカードや通知カードなど、個人番号のわかる書類を必ず持参してください。

番号確認	本人確認
申請者のマイナンバーが確認できる書類 □個人番号通知カード □個人番号カード（裏面） □個人番号付き住民票等	本人の身元確認ができるもの □個人番号カード（表面） □運転免許証 □その他 □障害者手帳 （　　） □被保険者証

肝炎治療費助成用

／

（世帯員が多い場合は本書を追加してください。）

同意者（同一世帯員）	続柄		【保健所で記入】	業務利用番号
	フリガナ		年度	
	氏名		市町村民税（所得割）	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日	円	世帯番号
	現住所	□申請者と同じ		
	旧住所※	・本年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	合算除外 □ 有	
	※過去2年間に転居がある場合	・昨年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	扶養関係 □ 有・□ 無	
	個人番号			
同意者（同一世帯員）	続柄		年度	業務利用番号
	フリガナ		市町村民税（所得割）	
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日	円	世帯番号
	現住所	□申請者と同じ		
	旧住所※	・本年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	合算除外 □ 有	
	※過去2年間に転居がある場合	・昨年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	扶養関係 □ 有・□ 無	
	個人番号			

肝炎治療費助成用

／

（世帯員が多い場合は本書を追加してください。）

同意者（同一世帯員）	続柄		【保健所で記入】	業務利用番号
	フリガナ		年度	
	氏名		市町村民税（所得割）	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日	円	世帯番号
	現住所	□申請者と同じ		
	旧住所※	・本年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	合算除外 □ 有	
	※過去2年間に転居がある場合	・昨年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	扶養関係 □ 有・□ 無	
	個人番号			
同意者（同一世帯員）	続柄		年度	業務利用番号
	フリガナ		市町村民税（所得割）	
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日	円	世帯番号
	現住所	□申請者と同じ		
	旧住所※	・本年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	合算除外 □ 有	
	※過去2年間に転居がある場合	・昨年１月１日時点の住所　□現住所と同じ	扶養関係 □ 有・□ 無	
	個人番号			