

1 次のうち該当するものに☑をしてください。

私は、70歳未満で、後期高齢者保険制度に加入していません。
 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を添付しました。
(2以下の記載は不要です。国保組合加入者は、3、4を記載してください。)

私は、70歳以上75歳未満で、後期高齢者保険制度に加入していません。**(2を記載してください。)**

私は、75歳以上で、後期高齢者保険制度に加入しています。**(2を記載してください。)**

私は、65歳以上75歳未満で、後期高齢者保険制度に加入しています。**(2を記載してください。)**

2 次のうち該当するものに☑をしてください。

住民税が非課税であり、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を添付しました。
(3以下の記載は、不要です。国保組合加入者は、3、4を記載してください。)

所得区分が『一般』であり、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の発行がありません。**(3、4を記載してください。)**

3 申請者を除く同一世帯員記載欄 (申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員)

	15歳以下	ふりがな	生年月日	保険種別	個人番号 (申請者と同一保険加入者のみ記入)				申請者との続柄	申請年1/1時点の住民票所在市町村
		氏名	性別							
同一世帯者(申請者を除く)	<input type="checkbox"/>			国保一般 国保組合 後期高齢 社保 共済						
			男 女							
	<input type="checkbox"/>			国保一般 国保組合 後期高齢 社保 共済						
			男 女							
	<input type="checkbox"/>			国保一般 国保組合 後期高齢 社保 共済						
			男 女							

4 該当するものに☑をしてください。

個人番号による地方税関係情報の取得に同意しませんので、住民税課税・非課税証明書類を添付します。(同意書名欄の記載は不要です。)

個人番号による地方税関係情報の取得に同意します。(同意書名欄に、同意する世帯員のそれぞれが署名してください。同意しない世帯員がいる場合は、同意しない世帯員の住民税課税・非課税証明書類を添付してください。)

地方税関係情報の照会に係る同意署名欄

大分県が行う「大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則(平成二十年大分県規則第二十四号)」に基づく事務手続を処理するために限って、直近年度の地方税関係情報について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(各申請による認定後の支給認定要件の確認を含む)に限って同意します。

申請者 本人 氏名(自署) _____

申請者との続柄 () 氏名(自署) _____

申請者との続柄 () 氏名(自署) _____

申請者との続柄 () 氏名(自署) _____

申請者との続柄 () 氏名(自署) _____

申請者との続柄 () 氏名(自署) _____

申請者との続柄 () 氏名(自署) _____

※代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状を添付すること。
 ※15歳以下の者の同意(自署)は不要