

自立支援医療（育成医療）に関するマイナンバー制度のお知らせ

《自立支援医療（育成医療）において、マイナンバーの利用について》

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（以下、マイナンバー法）」により、自立支援医療（育成医療）がマイナンバー（個人番号）の利用対象となりました。
このことにより、下記についてご理解・ご協力をお願いします。

【自立支援医療（育成医療）におけるマイナンバー利用について】

◎自立支援医療（育成医療）では、杉並区がマイナンバーを利用して、その番号の方の課税情報や住民票情報、生活保護情報などを区市町村に照会し、回答を得た情報に基づき自己負担額の設定に利用します（これを「情報連携」といいます）。

◎申請時に必要な方のマイナンバーすべてをご提出いただくことで、申請に必要な添付書類の一部（住民票、住民税（非）課税証明書、生活保護証明書）を省略することができます。

※ただし、申請時に審査に必要な方のマイナンバーのご提出をいただけない場合は、従来通り添付書類をすべてご提出いただくことになりますのでご注意ください。

◎情報連携は、セキュリティ措置がなされた専用のネットワークシステムを使用して行われます。

【自立支援医療（育成医療）申請時のマイナンバーの記載等について】

◎杉並区では、平成 29 年 1 月から自立支援医療（育成医療）の申請の際、支給認定申請書に申請される方（保護者）と医療を受ける方（お子さん等）のマイナンバーの記入が必要となりました。

※マイナンバーの記入が出来ない場合でも、空欄のままで申請が出来ます。その際は、職員へ記入できない旨をお申し出ください（後日職員が端末等で確認させていただく場合があります）。

◎マイナンバーの提供を受ける際は、マイナンバー法により本人確認が義務付けられています。本人確認は、「**身元確認**」と「**番号確認**」を行います。申請の際は、下記本人確認書類をご持参ください。

- ・身元確認とは……申請者が、個人番号の正しい持ち主であることの確認
- ・番号確認とは……正しい番号であることの確認

①申請者（対象児の保護者）が申請する場合に必要なもの

申請者の身元確認書類 + 申請者の番号確認書類

②代理人が申請をする場合に必要なもの

代理権確認書類 + 代理人の身元確認書類 + 申請者（保護者）の番号確認書類

身元確認書類

A 欄に定める身元確認書類 1 種類 または B 欄に定める身元確認書類 2 種類をご持参ください。

区分	身元確認書類（「氏名と住所」または「氏名と生年月日」の記載があるものが必要です）	
A 1 種類 ご持参ください	顔写真付き 身分証明書	個人番号カード、運転免許証、パスポート、住基カード、在留カード、特別永住者証明書、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳 など
B 2 種類 ご持参ください	顔写真なし 身分証明書	被保険者情報の確認書類（マイナポータルから被保険者資格情報を印刷したもの、又は「資格確認書」、又は「資格情報のお知らせ」、又は健康保険証（有効期限内のもの）、社員証・職員証、学生証、資格証明書、住民票の写し、戸籍の附票の写し、住民票記載事項証明書、印鑑登録証明書、地方税・国税の納税通知書、手当の認定等に係る通知文書 など

番号確認書類

- 以下のうち、いずれか 1 種類
- ・個人番号カード

- ・通知カード
- ・個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

代理権確認書類

代理の方が申請する場合

- ・申請者（保護者）が記入した委任状
- ・申請者（保護者）の個人番号が確認できる個人番号カードの写し等
- ・代理人ご自身を確認できる資料（免許証・パスポート等または保険証等2点以上）

【課税証明書等の書類の添付について】

マイナンバーの記載に不備がある場合及び杉並区が税情報を取得する事に同意いただけない場合は、マイナンバーの記載の有無にかかわらず、課税証明書等の書類の添付が必要となります。

○お問い合わせ先

- ・杉並保健所保健予防課保健予防係 ☎03-3391-1025

○受付窓口

- | | | | |
|------------|---------------|------------|---------------|
| ・荻 窪保健センター | ☎03-3391-0015 | ・高井戸保健センター | ☎03-3334-4304 |
| ・高円寺保健センター | ☎03-3311-0116 | ・上井草保健センター | ☎03-3394-1212 |
| ・和 泉保健センター | ☎03-3313-9331 | | |

----- 切 り 取 り 線 -----

委 任 状

代理人住所：

代理人氏名：

私は、上記の者を代理人と定め、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定される、個人番号の提供を伴う自立支援医療（育成医療）の申請手続きについて委任します。

年 月 日

委任者（申請者）住所：

委任者（申請者）氏名：

印 （※）

※自筆の署名もしくは押印のこと。

委任状に記載する法律名は、「番号法」でも結構です。