

難病医療費等助成に関するマイナンバー制度のお知らせ

<難病医療費等助成制度における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」(いわゆるマイナンバー法)及びマイナンバーの独自利用に関する都条例の規定により、難病医療費等助成制度において、マイナンバーを利用することが定められています。
これに基づき、**難病医療費等助成の新規申請時にマイナンバーの御記載・御提出をお願いいたします。**
- 難病医療費等助成制度では、マイナンバーを利用して、区市町村等から生活保護事務や被災者台帳作成事務等のため、その番号の方が難病医療費助成の対象になっているか等の照会を受けた際に回答したり、東京都がマイナンバーを利用して、その番号の方の課税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)。
- **平成29年11月13日から情報連携の本格運用が開始され、申請時に、「個人番号に係る調書」により、必要な方のマイナンバーをすべて御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、新規申請時に審査に必要な方のマイナンバーの御提出をいただけない場合や変更申請時には情報連携による審査ができないため、添付書類を従来どおり、すべて御提出いただくこととなりますので御注意ください。
- 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。

<マイナンバーの確認と身元確認について>

(1) 難病医療費等助成申請を受け付ける際には、マイナンバー法の規定により、**患者ご本人(患者ご本人が18歳未満の場合には保護者)の①マイナンバーの確認と②身元確認(代理申請の場合は代理人の方も含む)**が義務付けられています。

下記の①及び②の書類を申請時に区市町村の申請窓口にご持参のうえ御提示ください。

①マイナンバーの確認に必要な書類(具体例)

マイナンバーカード、通知カード

②身元確認に必要な書類(具体例)以下のA又はB

A **本人の顔写真が掲載されている**官公署の発行した証又はそれに類するもの
マイナンバーカード、運転免許証(経歴証明書でも可)、旅券(パスポート)、在留カード、特別永住者証明書、身体障害者手帳 等のうち**いずれか1つ**

B 上記Aの証の提示が困難な場合
健康保険証、年金手帳、児童扶養手当調書 等のうち**いずれか2つ**

(2) 代理人の方が申請手続される場合には、上記の書類に加え、次の書類も必要となります。

◇法定代理人の場合：戸籍謄本、後見に関する登記事項証明書等の法定代理人であることを証する書類

◇任意代理人の場合：委任状(裏面の委任状を御利用ください。)

※ここでの法定代理人とは、患者が18歳以上20歳未満の場合の親権者、成人後見人等のことです。患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となるため戸籍謄本の提出は不要です。

<課税証明書等の書類の添付について>

地方公共団体での情報連携が開始され、「個人番号に係る調書」に申請に必要な方（患者と同じ医療保険の被保険者の方）のマイナンバーを記載し、マイナンバーの確認に必要な書類（表面参照）を提示いただくことで、課税証明書等の書類の添付が省略できますので、申請時に窓口で御相談ください。

申請時に御提出いただく「個人番号に係る調書」の記載に不備がある場合及び指定難病の申請時に加入している健康保険が、社会保険で被用者非課税の方又は国保組合の方は、各保険者へ区分照会を行うため情報連携後も課税証明書等の書類の添付が必要となりますので、御了承ください。

<マイナンバーの収集について>

マイナンバーを記載しなくても、難病医療費助成の申請手続きを行うことは可能ですが、マイナンバー法に定められた、他の行政事務（生活保護事務や被災者台帳作成事務等）のため、区市町村等から情報提供を求められたときに、都が回答することが義務付けられており、難病医療費助成制度においても、申請者の方のマイナンバーを登録する必要があります。そのため、マイナンバーの記載がない場合には、マイナンバー法第14条第2項の規定に基づき、地方公共団体情報システム機構を通じてマイナンバーの収集を行いますので、あらかじめ御了承ください。

お問合せ先

【難病医療費等助成申請の制度に関すること】

東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課難病認定担当
03-5320-4004（コールセンター）
9時～17時30分（土日祝日・年末年始を除く）

【マイナンバーカード・通知カードに関すること】

お住まいの区市町村

切り取り線

以下の委任状は、代理人の方（法定代理人を除く。）が申請される場合に御提出ください。

委 任 状

代理人住所：

代理人氏名：

私は、上記のものを代理人と定め、下記の申請手続きを委任します。

記

委任事項：個人番号に係る調書を含む特定医療費支給認定申請書の提出に関する手続

平成 年 月 日

委任者（患者ご本人）住所：

委任者（患者ご本人）氏名：

印（※）

（※）自筆の署名もしくは押印のこと