

## 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いてマイナンバーの利用を開始します>

- 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、東京都では、**平成29年1月に更新時期を迎える方（有効期間が平成28年12月31日までの方）から難病医療費等助成の更新申請時にマイナンバーを記載するための「個人番号に係る調書」を同封してお送りします。マイナンバーを御確認のうえ御記載・御提出ください。**
- **平成28年12月までに更新時期を迎える方（有効期間が平成28年11月30日までの方）については、今回の更新申請に際して、マイナンバーを記載していただく必要はありませんので、「個人番号に係る調書」を同封しておりません。**

### <難病医療費等助成制度におけるマイナンバー利用について>

- 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たりする予定です（これを「情報連携」といいます）。
- **情報連携は平成29年7月から開始される予定です。**その準備のため、東京都では平成28年度中にマイナンバーの収集を開始するものです。
- 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。

### <平成29年1月更新以降の方のマイナンバーの確認と身元確認について>

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）のマイナンバーの確認と申請手続きをされる方（代理の方も含む）の身元確認**が義務付けられています。

下記の①及び②の書類を区市町村の申請窓口に御提示ください。

#### 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**

### <代理人の方が申請手続きされる場合に必要となる書類について>

代理人の方が申請手続きされる場合には、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。）

## <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る（平成29年7月予定）までの間は、マイナンバーの記載の有無にかかわらず、引き続き、更新申請の際に課税証明書等の書類の添付が必要となります。

## <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、042-512-8293（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のマイナンバー担当

以下の委任状は、平成29年1月に更新時期を迎える方で、患者ご本人（患者ご本人が18歳未満の場合には保護者）以外の方（法定代理人を除く。）が申請される場合に御提出ください。

切 り 取 り 線

## 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