

世帯調書 兼 同意書

児童の属する世帯構成について、次のとおり相違ありません。

また、申請者並びに下記の給付申請に係る児童の属する世帯員全員及び世帯員以外の扶養義務者は、養育医療給付の申請に係る決定のため、市町村民税の課税や所得状況について確認することに同意します。

	氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	市が市町村民税の課税や所得状況について確認することについて	個人番号確認書類	階層区分	市町村民税額	
										所得割額	均等割額
受療者			本人				<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
申請者							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
世帯構成員							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
							<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
世帯以外の扶養義務者			(住所)				<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
			(住所)				<input type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			

太枠内は記入不要

<番号確認書類> 1.マイナンバーカード 2.番号通知カード 3.住民票(番号記載のもの)

記入上の注意：課税状況等の確認の同意には、同意者本人の署名が必要です。