

## 世帯調書

申請者(保護者) 氏名						本人氏名				
児童の属する世帯の構成	世帯構成員 氏名	続柄	性別	生年 月日	個人番号			職 業 (勤務先)	階 層 区 分 ※	所得税額※
										円
世帯以外の扶養義務者	住所									
	住所									
住所										

注 1 続柄は、受療者からみた続柄を記入してください。

2 ※印欄は記入しないでください。

養育医療の給付に要する費用の算定に必要なときは、日高市が保有する上記世帯構成員及び世帯外扶養義務者の住民登録、生活保護等の受給の有無について、日高市が調査することに同意します。また、母子保健法第21条の4第1項に基づく費用の徴収に関する事務手続のため、地方税関係情報を取得することに同意します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(表)

## 世帯調書

申請者(保護者) 氏名					本人氏名					
児童の属する世帯の構成	世帯構成員 氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号			職業 (勤務先)	階層区分※	所得税額※
										円
世帯以外の扶養義務者	住所									
	住所									
	住所									

注 1 続柄は、受療者からみた続柄を記入してください。

2 ※印欄は記入しないでください。

3 この調書のほかに各自が自署した同意書(裏面)が必要となります。

養育医療の給付に要する費用の算定に必要があるときは、日高市が保有する上記世帯構成員及び世帯外扶養義務者の住民登録、生活保護等の受給の有無について、日高市が調査することに同意します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(裏)

(あて先) 日高市長

年 月 日

## 同 意 書

下記の者は、養育医療の給付に関する事務に関し、関係職員が、事務上必要な範囲内において、日高市その他の行政機関が保有する自身に係る地方税関係情報（地方税法その他の地方税に関する法律に基づく条例の規定により算定した税額若しくはその算定の基礎となる事項に関する情報）を利用し、又は取得することについて、同意します。

### 記

申請者	住 所		
	フリガナ		生年月日
	氏 名		. .
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		. .
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		. .
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		. .
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		. .
同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		. .

#### ※ 記載要領

- 1 同意する者が各自自ら署名してください。
- 2 代理人に署名させる場合は、法定代理人の場合を除いて、本人の委任状が別途必要になります。
- 3 同意されない場合は、別に証明書類の添付が必要になります。