

同意書 兼 世帯調書

金山町長

あて

年 月 日

(申請者) 住所 金山町大字

氏名

私は、未熟児養育医療の給付申請にあたり、その認定のために、私及び次の者の課税台帳等及び他の関係公簿等を閲覧又は照会されることに同意します。なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

児童の属する世帯構成員（※1）	氏名	続柄	生年月日・年齢	職業・勤務先・連絡先・マイナンバー											
	(児童本人)	本人	年 月 日 年齢 ()												
	☐ 扶養義務者(※3)に該当	本人の	年 月 日 年齢 ()	職業	勤務先										
				日中連絡がつく電話番号 - -											
				マイナンバー(※4)											
	☐ 扶養義務者(※3)に該当	本人の	年 月 日 年齢 ()	職業	勤務先										
				日中連絡がつく電話番号 - -											
				マイナンバー(※4)											
☐ 扶養義務者(※3)に該当	本人の	年 月 日 年齢 ()	職業	勤務先											
			日中連絡がつく電話番号 - -												
			マイナンバー(※4)												
☐ 扶養義務者(※3)に該当	本人の	年 月 日 年齢 ()	職業	勤務先											
			日中連絡がつく電話番号 - -												
			マイナンバー(※4)												
☐ 扶養義務者(※3)に該当	本人の	年 月 日 年齢 ()	職業	勤務先											
			日中連絡がつく電話番号 - -												
			マイナンバー(※4)												
※1月1日現在の住所(1～6月に申請する場合は前年1月1日現在の住所)が、現住所と異なる方がいる場合は、その方の氏名と当時の住所(市区町村名まで)を記載してください。															
世帯外扶養義務者（※2）	フリガナ 氏名	続柄	生年月日・年齢	職業・勤務先・連絡先・個人番号											
	☐ 扶養義務者(※3)に該当	本人の	年 月 日 年齢 ()	職業	勤務先										
				日中連絡がつく電話番号 - -											
				マイナンバー(※4)											
	(現住所) 郵便番号:														
※1月1日現在の住所(1～6月に申請する場合は前年1月1日現在の住所)が、現住所と異なる場合は、その住所(市区町村名まで)を記載してください。															

(裏面に続きます)

(裏面)

(※1) 「児童の属する世帯構成員」とは児童本人と生計を一にしている者をいい、本人を含めて全構成員について記入してください。

(※2) 「世帯外扶養義務者」欄には、世帯構成員以外で、現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ、記入してください。

(※3) 「扶養義務者」とは、民法第877条に定められている直系血族(父母、祖父母、養父母等)、兄弟姉妹(ただし、就学児童、乳幼児等18歳未満の兄弟姉妹で未就業の者は、原則として扶養義務者としての取扱いをしないものとする。)並びにそれ以外の三親等内の親族(叔父、叔母等)で家庭裁判所が特別の事情ありとして、特に扶養の義務を負わせる者をいいます。ただし、児童と世帯を一にしない扶養義務者については、現に児童を扶養している世帯外扶養義務者を除き、認定に際しては扶養義務者としての取扱いを行いません。

(※4) 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第2条第5項に規定する個人番号です。個人番号は扶養義務者にチェックを入れた方のみ記入してください。

※町記入欄	住民税所得 割額合計	
☐ 基本額適用	階層区分	
☐ 加算額適用	徴収額	

「階層区分」「徴収額」欄は、「未熟児養育医療費等国庫負担金交付要綱」別表1により記入すること。