

養 育 医 療 世 帯 調 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、養育医療給付の申請に係る決定に必要なときは、次の表の申請者、給付申請に係る児童の属する世帯全員及び世帯以外の扶養義務者の住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。

申請者の氏名		父または母(扶養義務者)の氏名				受療者の氏名				出生児の氏名			
児童の属する世帯の構成	世帯構成員の氏名	同意欄	受療者との続柄	性別	生年月日	個人番号				職業(勤務地)	階層区分	所得税額	備考
	受療者	<input type="checkbox"/>	本人	男・女		12桁のマイナンバー				無職		円	
	出生児の父の氏名	<input type="checkbox"/>	父	男・女						会社員 (須賀川市)		円	
	出生児の母の氏名	<input type="checkbox"/>	母	男・女						無職		円	
	その他、同一世帯の家族の氏名	<input type="checkbox"/>		男・女								円	
		<input type="checkbox"/>		男・女								円	
		<input type="checkbox"/>		男・女								円	
		<input type="checkbox"/>		男・女								円	
		<input type="checkbox"/>		男・女								円	
世帯以外の扶養義務者	氏名	<input type="checkbox"/>		男・女								円	
	住所												
	氏名	<input type="checkbox"/>		男・女								円	
	住所												

※太枠の部分をご記入ください。

※同意欄は、課税状況等の確認をする際、個人ごとに同意をいただく必要があります。同意いただける場合は、レ点を入れてください。

申請時、世帯全員分のマイナンバーを確認するため、マイナンバー記載書類を忘れずにお持ちください。