様式第４号（第３条関係）

世帯調書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（保護者）の氏名 | 受療者（未熟児）の氏名 |  |
| 受 療 者 の 属 す る 世 帯 構 成未熟児の属する世帯構成 | 氏　　 　　名 | 受療者との続柄未熟児 | 性別 | 生年月日 | 個人番号 | 年間市町村民税所得割額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯外扶養義務者 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

　注　１　受療者の属する世帯構成には、申請者となる保護者も記入してください。

２　世帯外扶養義務者は、受療者の属する世帯の中に扶養義務者がいないときに記入し、

　　備考欄には住所を記入してください。

　　　３　１月２日以降に転入された世帯構成員（世帯外扶養義務者を含む。）がある場合は、

　　　　　所得税及び市町村民税の課税状況の証明書を添付してください。また、生活保護法

による保護を受けている場合は、その証明書を添付してください。

　　　４　次の同意欄に署名することにより、上記の書類の添付を省略することができます。

　　　　　ただし、他の市町村で課税されている方などについては、省略できない場合があります。

同意欄

私は母子保健法第２１条の４第１項に基づく事務手続を処理するために限って、

　 年度の地方税関係情報について、市が調査することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者 | 氏名（自署） | 電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |