

世 帯 調 書

| | | | | | | | | | |
|--------------|---------|---------|------|------|---------|------------|---------------|--------|----|
| 申請者氏名 | | | 住 所 | 米子市 | | | | | |
| 受療者の属する世帯の構成 | 世帯構成員氏名 | 受療者との続柄 | 性 別 | 個人番号 | 職業又は勤務先 | 生活保護法適用の有無 | 年度市町村民税課税状況 | 年度所得割額 | 備考 |
| | | | 生年月日 | | | | | | |
| | | 受療者本人 | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |
| | | | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |
| | | | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |
| | | | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |
| | | | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |

| | | | | | | | | | |
|----------|-----|---------|------|------|---------|------------|---------------|--------|----|
| 世帯外扶養義務者 | 住 所 | 受療者との続柄 | 性 別 | 個人番号 | 職業又は勤務先 | 生活保護法適用の有無 | 年度市町村民税課税状況 | 年度所得割額 | 備考 |
| | 氏 名 | | 生年月日 | | | | | | |
| | | | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |
| | | | 男・女 | | | 有・無 | 非課税均等割のみ所得割あり | | |

同 意 書

私は、養育医療給付の申請に際し、私及び世帯員の世帯構成、生活保護法(昭和25年法律第144号)適用の有無、市民税の課税の状況について、米子市長及び米子市福祉事務所長が調査すること、並びにこの申請に基づく情報を母子保健法(昭和40年法律第141号)第19条の規定による未熟児の訪問指導に利用することに同意します。

年 月 日

申請者 住 所
氏 名

印

* 太枠の中を記入してください。

* 「世帯構成員氏名」の欄には、受療者本人も含め住民票に記載されている方全員を記入してください。

* 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に受療者を扶養している扶養義務者がいる場合のみ記入し、その場合は、別途申立書と住所地の市町村長又は特別区長が発行した市町村民税(特別区民税)課税証明書を添付してください。

以下市記入欄

| | | |
|---|-----|-----|
| | 確認日 | 確認者 |
| 課 | | |
| 課 | | |
| 課 | | |

| | |
|--------|---|
| 所得割合計額 | 円 |
|--------|---|

| | | |
|-----|---------|-------|
| 認 定 | 階 層 区 分 | |
| | 徴収基準月額 | 円 |
| | 認 定 日 | . . . |