

記入例

下記注意書きをご確認の上、
チェックをお願いします。

養育医療世帯調書

住所	文京区 春日1 丁目 16 番 21 号				日中の連絡先電話番号																		
					000 (0000) 0000																		
児童の属する世帯の構成	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	地方税関係情報取得についての同意 ^注																		
		住民税の課税地 (住所地と異なるとき)				個人番号																	
	(患者氏名)	患者本人	R1・4・30 生	有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します																		
		(課税地)	都道府県	市区町村	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	(申請者氏名)	患者の	父	S60・1・1 生	有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します																	
		(課税地)	東京 (都道府県)	文京 (市区町村)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	(氏名)	患者の	母	S60・12・10 生	有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します																	
		(課税地)	神奈川 (都道府県)	川崎 (市区町村)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	(氏名)	患者の	姉	H30・8・16 生	有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します																	
		(課税地)	都道府県	市区町村	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
(氏名)	患者の	.	.	生	有無	<input type="checkbox"/> 同意します																	
	(課税地)	都道府県	市区町村																				
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	.	.	生	有無	<input type="checkbox"/> 同意します																
		(課税地)	都道府県	市区町村																			
	(住所)																						

※注 以下をご確認の上、同意欄にチェックを入れてください。

記入不要です。

- 個人番号 (マイナンバー) の提供及び特定個人情報の利用についての同意

私 (申請者) は、母子保健法第21条の4第1項の規定により徴収する費用の額に該当する額を算定するため、個人番号を活用し、私及び世帯の構成員に関する特別区民税又は市町村民税に関する情報及び住民票関係情報を確認することに同意します。
- 個人番号の提供を伴う申請手続による提出書類の省略について
 - 住民税の課税 (非課税) 証明書は、同意する本人が署名し個人番号の記載及び地方税関係情報取得についての同意欄にチェックのある時は、提出を省略することができます。ただし、課税状況の確認ができないときは、後日証明書類の提出が必要になることがあります。
 - 生活保護受給世帯であることの証明書は、個人番号の記載がある時は、提出を省略することができます。ただし、受給状況の確認ができないときは、後日証明書類の提出が必要になることがあります。