

## 所得・課税状況に関する公簿等の閲覧同意書

（宛先）秋田市長

年 月 日

（申請者） 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

私は、未熟児養育医療に係る申請にあたり、必要があるときは、所得および課税状況に関する公簿等の閲覧について同意します。

**世帯階層認定世帯員（受給者と同一世帯および扶養義務者の方）の同意**

受給者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	
被保険者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	
世帯員	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	
世帯員	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	
世帯員	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	
世帯員	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	
世帯員	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		受給者から見た続柄	

住所は申請者と異なる場合に記入してください。

18歳未満の未就業者を除く。

課税状況の確認ができない場合は証明書が必要となります。

養育医療（給付・継続）申請書に記載の当該個人番号を利用し、所得・課税状況に関する公簿等の閲覧を行います。