

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

↑
「養育医療給付申請書」の申請者と一致

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（受療者と同一世帯および扶養義務者の方）の同意

受療者	氏 名	_____	生年月日	_____	年 月 日
	住 所	_____			
世帯員	氏 名	_____			月 日
	住 所	_____			
世帯員	氏 名	_____	生年月日	_____	年 月 日
	住 所	_____	受療者から見た続柄	_____	
世帯員	氏 名	_____	生年月日	_____	年 月 日
	住 所	_____	受療者から見た続柄	_____	
世帯員	氏 名	_____	生年月日	_____	年 月 日
	住 所	_____	受療者から見た続柄	_____	
世帯員	氏 名	_____	生年月日	_____	年 月 日
	住 所	_____	受療者から見た続柄	_____	
世帯員	氏 名	_____	生年月日	_____	年 月 日
	住 所	_____	受療者から見た続柄	_____	

※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。