

養育医療世帯調書及び同意書

石川町長

申請者名					受療者名				
児童の属する世帯の構成	世帯構成員の氏名 個人番号	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務地)	※ 階層区分	※ 所得税額	※ 備考	
		本人	男・女						
			男・女						
			男・女						
			男・女						
			男・女						
			男・女						
			男・女						
世帯以外の扶養義務者	氏 名			男・女					
	個人番号								
	住 所								
	氏 名		男・女						
	個人番号								
住 所									

石川町長 様 年 月 日

母子保健法第２０条第１項に基づく養育医療の給付及び同法第２１条の４第１項に基づく費用の徴収に必要な住民登録及び地方税関係情報について、調査・取得することに同意します。

同意者氏名 _____ 印

同意者氏名 _____ 印

同意者氏名 _____ 印

同意者氏名 _____ 印

同意者氏名 _____ 印

同意者氏名 _____ 印

(注1) 続柄は、受療者からみた続柄を記入すること。

(注2) ※印欄は記入しないでください。

(注3) 同意する者が自ら署名を行うこと。

