

同 意 書

- 乳幼児医療費助成制度
- ひとり親家庭等医療費助成制度
- 義務教育就学児医療費助成制度
- 児童育成手当
- 高校生等医療費助成制度

上記の手当及び医療費助成の請求にあたり、受給資格の有無の決定のため、羽村市子ども家庭部子育て相談課が資格審査及び受給資格期間中、対象年度の地方税関連情報について取得することに同意します。

記

同意者 (申請者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
	本年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	
	前年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	
	東日本大震災の被災者の一部負担金等免除証明書を交付されている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
同意者 (配偶者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
	本年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	前年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	東日本大震災の被災者の一部負担金等免除証明書を交付されている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

同意者 (扶養義務者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
	申請者との続柄	祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他()
	本年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	前年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者 (扶養義務者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
	申請者との続柄	祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他()
	本年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	前年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者 (扶養義務者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
	申請者との続柄	祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他()
	本年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
	前年1月1日時点 の住所 (住民登録地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

【記載要領】

1. 同意者欄は同意者ご本人がご記入ください。
2. 代理人が同意書に記入する場合、同意者からの委任状をご提出いただく必要があります。
3. 同意いただけない場合や「情報連携による所得照会」に支障がある方につきましては、課税証明書等をご提出いただく必要があります。
4. ご記入内容の確認のため、お問い合わせさせていただく場合があります。