

同意書兼世帯状況申出書(更生医療用)

自立支援医療(更生医療)費支給に係る利用者負担上限月額算定のために、私及び次の世帯員の課税状況等について、保健福祉センター所長が個人番号を用いて課税台帳等の関係公簿、また、国民健康保険・後期高齢者医療保険の加入状況につき、保健資格関係公募、また必要に応じて他の関係公募を照会かつ閲覧することに同意します。

以上の内容については、次の世帯員の承諾を得ています。

申請者の1月1日時点の住所

現住所と同じ (住所)

申請者の前年1月1日時点の住所

現住所と同じ (住所)

【同一健康保険加入世帯員】

国民健康保険・後期高齢者医療は全員、社会保険は本人と被保険者を記入してください。

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	年齢	住所
	本人	.	.	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号
		.	.	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号
				<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 個人番号

年 月 日

(提出先)
大阪市

区保健福祉センター所長

住所

氏名

【市民税における16歳～18歳の特定扶養親族】

今回、閲覧する上記世帯員の市民税において、当該市民税の対象となる前年の12月31日時点で、16歳～18歳までの控除対象扶養親族(特定扶養親族)が含まれている場合、被扶養者およびその扶養者の氏名他を記載してください。

フリガナ 被扶養者氏名	扶養者の氏名	生 年 月 日	年 齢	住 所
		・ ・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ ・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ ・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ ・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ
		・ ・		<input type="checkbox"/> 申請者住所に同じ