

世 帯 調 書

| 申請者氏名 | | | | | 本人氏名 | | | | |
|---|----|----|------|-----|--------------------------------|--------------------------|--------------------|-----------|--|
| 氏名 個人番号 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職 業 | ※ 階層区分 所得税額 | 備考(1) についての 同意 | 生活保護 等受給の 有無 | | |
| | | | | | | | | 未熟児 本人 | |
| 未 熟 児 の 属 す る 世 帯 の 構 成 員 | 住所 | | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | <input type="checkbox"/> 本人と同居 | | | | |
| 世 帯 外 扶 養 義 務 者 | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 世 帯 外 扶 養 義 務 者 | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

※欄は記入しないでください。

備考

- (1) 四街道市が母子保健法第21条の4第1項による費用の徴収に関する事務を処理するために限って、地方税関係情報（ 年度）その他医療費助成に必要な個人情報を確認又は取得することに同意する場合には、同意欄□にレを記入すること。
- (2) (1)について同意をする者は自ら署名を行うこと。
- (3) 代理人が(1)について同意をする者に代わって本書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- (4) 同意者が本人と同居している場合は、住所の記入を省略することができる。