

様式第4号(第3条関係)

世帯調書及び町税等課税状況等確認同意書

未熟児養育医療の申請を行うにあたって、下記のとおり届出ます。また、徴収基準月額を決定するために北栄町職員が私及び私が属する世帯の世帯員全員の住民税課税状況、所得税額、及び生活保護受給状況について確認されることに同意いたします。

年 月 日

北栄町長 様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者の属する世帯構成	世帯構成員名	患者との続柄	性別	生年月日	職業	勤務先	年度住民税課税状況	年度所得税課税金額	生活保護受給状況
	個人番号								
		患者本人					非課税均等割所得割	円	あり・なし
							非課税均等割所得割	円	あり・なし
							非課税均等割所得割	円	あり・なし
							非課税均等割所得割	円	あり・なし

関係課回答欄  
生活保護(生活扶助)受給状況について、上記のとおり回答します。  
福祉事務所長 印

世帯外扶養義務者	氏名 住所 個人番号	患者との続柄	性別	生年月日	職業	勤務先	備考

申請される方へ

- 1 太枠の中を次の記載要領により記入してください。なお、世帯外扶養義務者がいる場合は、その者の住所地の市町村長が発行した市町村住民税の課税証明書を提出してください。
- 2 「世帯構成員」の欄には、患者本人も含め住民票に記載されている方全員を記入してください。
- 3 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に患者を扶養している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。