

記入見本

様式第5号

扶養義務者の氏名		世 帯 調				養育医療を受ける お子さま			
申請者氏名	川口 太郎				本人氏名	川口 一郎			
児童の 属する 世帯 構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	個人番号 を閲覧す ることの 同意 (注1)	地方税関係 情報等を照 会し回答を 得ることの 同意(注2)	※市記入欄	
	個人番号								
	川口 一郎	本人	男	〇〇年 □月×〇日		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	川口 太郎	父	男	△〇年 □月××日	薬剤師 (〇〇薬局)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1/1 住所地 □川口市 □市外() 均・所 () 扶	
	0000 0000 0000								
	川口 花子	母	女	◇×年 △月×〇日	無職	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1 住所地 □川口市 □市外() 均・所 () 扶	
	川口 月子	姉	女	〇〇年 □月××日		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□市外() 均・所 () 扶	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1 住所地 □川口市 □市外() 均・所 () 扶	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1 住所地 □川口市 □市外() 均・所 () 扶	
世帯 外扶 養 義 務 者	世帯外扶養義務者欄								
	住所	同一世帯ではないが、養育医療を受けるお子 さまを扶養（経済的に養育上の支援）してい る方がいる場合はご記入ください。（例） 単身赴任中の父、毎月の生活費を仕送りして いる祖父母等						<input type="checkbox"/>	1/1 住所地 □川口市 □市外() 均・所 ()
	住所							<input type="checkbox"/>	1/1 住所地 □川口市 □市外() 均・所 ()
					※市記入欄	階層区分	主保・非課税・均等割 所得割合計() D		
					<input type="checkbox"/> 基準額適用 <input type="checkbox"/> 加算額適用	徴収月額			

【記載上の注意】

- 1 ※欄は、記入しないでください。
- 2 本人から見た続柄をご記入ください。
- 3 個人番号は、世帯・世帯外全員の記入が必要です。
個人番号の閲覧に同意される場合は、（注1）の欄にチェックを入れてください。
- 4 母子保健法第21条の4第1項（費用の徴収）の決定をするために、市町村民税額等を証明する書類の添付が必要です。
同法に基づく事務処理に限って、個人番号の記載及び扶養義務者が地方税関係情報等を取得することに同意いただける場合は証明書の提出が省略できることがあります。
地方税関係情報等を取得することに同意される場合は、（注2）の欄にチェックを入れてください。
- 5 不明な点は、健康増進課にご確認ください。