

## 世帯調書・税額証明書及び同意書

年 月 日

市町村長 殿

申請者 住所

氏名

印

- 1 使用目的：養育医療（母子保健法第20条第1項）等給付申請のため。
- 2 提出先：名護市

年度の税額を、下記により証明してください。

受療者の属する世帯構成	世帯調書				税額調書		階層別
	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	市町村民税		
					均等割	所得割	
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
世帯外扶養義務者	氏名			年 月 日			
	住所						
	氏名			年 月 日			
	住所						

上記のとおり課税されていることを証明する。

年 月 日

市町村長

印

養育医療の給付認定に必要な受療者の属する世帯構成員の市民税関係及び生活保護の認定状況の調査に同意します。

年 月 日

申請者氏名

印

- (注) 1 「世帯構成員」とは受療者本人と生計を一にしている者をいう。本人も含めて記載してください。  
 2 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記載してください。