

養育医療世帯調書

日中の連絡先電話番号

()

	世帯員氏名	続柄	生年月日	地方税等関係 情報取得に係る 同意書※注	職員記入欄	
		課税が基準となる年の 1月1日時点の住所地 ▶7月～3月に申請…申請年度の1月1日 ▶4月～6月に申請…前年度の1月1日			区市町村民 税額	備考
児童の属する世帯の構成	1 (患者氏名)	受診者 本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する		
	個人番号					
	2 (申請者)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する		
	個人番号		都道府県 市区町村			
	3 (氏名)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する		
	個人番号		都道府県 市区町村			
4 (氏名)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する			
個人番号		都道府県 市区町村				
5 (氏名)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する			
個人番号		都道府県 市区町村				
6 (氏名)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する			
個人番号		都道府県 市区町村				
世帯外扶養義務者	1 (氏名)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する		
	個人番号					
	(住所)					
	2 (氏名)	受診者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意する		
個人番号						
(住所)						

※注 養育医療の申請手続きを処理するために限り、この審査に必要な情報について、以下をご確認のうえ、同意欄にチェックを入れてください。

- 1 課税が基準となる年の1月1日に板橋区に住民登録がある方
区が、私及び私の世帯構成員の区市町村民税の課税情報、住民情報、生活保護情報、中国残留邦人等支援給付情報について確認することに同意します。
- 2 転入した方など、課税が基準となる年の1月1日に板橋区に住民登録がない方
区が、マイナンバー制度における情報連携により、地方税関係情報を取得することについて、本人の自署をもって同意します。

【職員確認欄】

個人番号カード 通知カード 個人番号が記載された住民票の写しや住民票記載事項証明書 運転免許証 運転経歴証明書
 旅券 特永・在留カード(外登) 身障者手帳 精神手帳(写真有・無) 療育手帳(愛の手帳) 年金(手帳・証書)
 中国残留邦人等の本人確認証 保険証(各種健康・後期・介護) 医療証 高齢受給者証 官公署の職員証 宅建士証
 社員証 学生証 診察券 聴聞 その他()