

同意書兼世帯状況申出書

(宛先) 和歌山市長

私は、育成医療の支給認定を申請するにあたり、その認定業務に必要な範囲で、受診者及び受診者の保護者、受診者の世帯員に係る住民登録状況、所得・課税状況、国民健康保険の加入状況、生活保護の受給状況について、関係職員が市保有の関係公簿を閲覧又は調査すること、および個人番号を使用し地方税関係情報について取得することに同意します。なお、このことについては、下記の世帯員及び同一医療保険加入者一覧に記載されている全員の同意を得ていることを申し立てます。

令和 年 月 日

申請者氏名 _____

世帯員及び同一医療保険加入者一覧

- ・国民健康保険・国民健康保険組合の方：受診者と同じ健康保険の方全員の個人番号を記載してください。
- ・上記以外の健康保険に加入している方：下記の個人番号の記載は不要です。(ただし、被保険者等が保護者以外の場合、その方の個人番号を記載してください。)

受診者との続柄	氏名	生年月日	年齢	住所 (申請者と異なる場合のみ記載)	医療保険が受診者 と同一かどうかについて
本人					
父					同一・別
	個人番号				<input type="checkbox"/> 申請書に記載
母					同一・別
	個人番号				<input type="checkbox"/> 申請書に記載
兄・姉 弟・妹		年 月 日	歳		同一・別
	個人番号				
兄・姉 弟・妹		年 月 日	歳		同一・別
	個人番号				
兄・姉 弟・妹		年 月 日	歳		同一・別
	個人番号				
		年 月 日	歳		同一・別
	個人番号				
		年 月 日	歳		同一・別
	個人番号				

※ 受診者の保護者、受診者と同じ医療保険に加入する方、受診者と同一生計に属する方全員を記載してください。

