第2号様式

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

**※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 □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（　　）