

【子ども医療費助成事業】同意書の提出について

子ども医療証の交付申請や本事業実施のために必要な情報を確認するため、下記の同意が必要となります。恐れ入りますが、必要事項を記入の上、本同意書を郵送、ホームページ等から子ども総務課へご提出ください。

ふりがな

お子様の名前

お子様の生年月日

年

月

日

同 意 書

大和市長 あて

年

月

日

子ども医療費助成に係る神奈川県への補助金申請に伴う所得基準判断等、子ども医療費助成事業実施のために必要な情報を確認するため、地方税関係情報を大和市子ども総務課が取得することに同意します。

申請者（保護者） _____ ※本人の自署に限ります

申請者の配偶者 _____ ※本人の自署に限ります

申請者（保護者）の _____ 年度市町村民税課税地 _____ 都道府県 _____ 市区町村

申請者の配偶者 の _____ 年度市町村民税課税地 _____ 都道府県 _____ 市区町村

※課税地とは、 _____ 年1月1日現在お住まいだった（住民登録があった）市区町村となります。

- ・ 本同意書のご提出が難しい場合は、所得証明書等のご提出をお願いいたします（該当年度のもの）。
- ・ 同意をいただく方の個人番号及び住所地が分かる書類の提出をお願いすることがございます。
※既に提出いただいている場合はご対応不要です。
- ・ 本同意書はホームページからのご提出も可能です（書式は市ホームページからダウンロード可）。

URL:https://www.city.yamato.lg.jp/section/ehon_no_machi/age/C/C00006.html

提出先は

こちら⇒



[問い合わせ] ☎ 046 (260) 5608

✂ 郵送の際に切り取ってご利用ください

〒242-8601

大和市鶴間1-31-7 保健福祉センター2階

大和市子ども総務課 行