年　　月　　日

大和市長　あて

照会同意書

私（対象児と生計を一にする下記の扶養義務者）は、（対象児氏名）

の未熟児養育医療の給付の申請をするにあたり、大和市が、母子保健法第21条の４第１項による自己負担額の決定に関し、必要な年度の地方税関係情報を照会、確認することに同意します。

【対象児と生計を一にする扶養義務者】

※18歳以下で、ご本人の年間合計所得が48万円未満の方は記入しないでください。

ご本人が署名してください

申請日が6月30日までは昨年1月1日

　　　　 7月 1日以降は今年1月1日の所在地

都道　　　　　　　　市区

府県　　　　　　　　町村

氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

ご本人が署名してください

申請日が6月30日までは昨年1月1日

　　　 　7月 1日以降は今年1月1日の所在地

都道　　　　　　　　市区

府県　　　　　　　　町村

氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

ご本人が署名してください

申請日が6月30日までは昨年1月1日

　　　 　7月 1日以降は今年1月1日の所在地

都道　　　　　　　　市区

府県　　　　　　　　町村

氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

ご本人が署名してください

申請日が6月30日までは昨年1月1日

　　　 　7月 1日以降は今年1月1日の所在地

都道　　　　　　　　市区

府県　　　　　　　　町村

氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号