

所得調査に係る承諾書

子ども医療費助成制度において、市民税非課税世帯であることの確認のため、こども家庭センター職員が私と対象児童と同居している世帯員全員の課税台帳を閲覧（確認）または公用申請することを承諾します。

令和 年 月 日

住 所 上越市 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

世帯員 _____

※世帯員とは、対象児童と同一の世帯にいる、18歳以上の人のことです。

※この承諾書は、子ども医療費拡充に伴う非課税世帯の判定にのみ使用します。

対象児童情報 ※承諾日時点で小学生～高校卒業相当の年齢のお子さんについてご記入ください。

名前： _____ 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

名前： _____ 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

名前： _____ 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

名前： _____ 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

名前： _____ 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

所得調査に係る承諾書

子ども医療費助成制度において、市民税非課税世帯であることの確認のため、こども家庭センター職員が私と対象児童と同居している世帯員全員の課税台帳を閲覧（確認）または公用申請することを承諾します。

令和 5年 6月〇〇日

住 所 上越市木田1-1-3

世帯員 木田 太郎

世帯員 木田 花子

世帯員

世帯員

世帯員

世帯員

世帯員

※承諾が必要な人は、対象児童と住民票上同一世帯の18歳以上の方全員です。同居していても住民票上別世帯の方、18歳未満のお子さんの承諾は不要です。

※世帯員とは、対象児童と同一の世帯にいる、18歳以上の人のことです。

※この承諾書は、子ども医療費拡充に伴う非課税世帯の判定にのみ使用します。

対象児童情報 ※承諾日時点で小学生～高校卒業相当の年齢のお子さんについてご記入ください。

名前：木田 越子 生年月日：平成22年〇〇月〇〇日（小 中 高 1年生）

名前：木田 一郎 生年月日：平成19年〇〇月〇〇日（小・中 高 1年生）

名前： 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

名前： 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）

名前： 生年月日：平成 年 月 日（小・中・高 年生）