

世 帯 調 書

年 月 日現在

保護者氏名				受療者氏名			
児童の属する世帯構成	住所	個人番号	世帯構成員（氏名）	生年月日	続柄	性別	備考
世帯外扶養義務者							

木更津市子ども医療費助成世帯区分確認欄		
<input type="checkbox"/> 200円負担	<input type="checkbox"/> 0円負担	

※世帯調書を変更する場合、新たに追加される人のみ記入してください。

承諾書	
<p>養育医療券を交付する要件の確認に必要な範囲において、上記対象となる子どもにかかる住民基本台帳の記載事項について、担当職員が調査する事を承諾します。</p> <p>世帯認定の判定に必要な範囲において、私の市区町村民税に関する情報のうち所得、諸控除の額その他必要な事項について担当職員が調査することを承諾します。</p>	
年 月 日	
印	印
印	印