

実際に生計を維持している方の氏名を記入してください。

生計維持関係の申立書兼同意書(子ども医療費助成)

令和 年 月 日

幕別町長 様

住 所
(生計維持者)
氏 名

私は、下欄に記載する子ども医療費受給対象者の生計を主として維持していることを申し立てます。

また、私と以下の受給対象者の属する世帯の構成員は、受給資格の決定及び更新に係る事務手続を処理するために限り、住民基本台帳、住民税課税資料等を公簿及び情報提供ネットワークシステムを介して閲覧することに同意します。(ただし、幕別町個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例(平成 27 年 12 月 18 日条例第 37 号)別表第2の1の項に規定する情報に限る。)

【子ども医療費受給対象者の氏名等】

対象者の氏名	保護者との続柄
	子・兄弟姉妹・その他()
	子・兄弟姉妹・その他()
	子・兄弟姉妹・その他()

【同意者】

氏名	生年月日	生計維持者との続柄	住所 (生計維持者と同じ住所は省略可)

- 1 代理人が記名する場合、委任状を添付してください。
- 2 同意者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載して差し支えありません。