

世 帯 調 書

申 請 者 名 申 氏				事務手続を処理するために、 私の地方税関係情報を取得 することに同意します。 <input type="checkbox"/>		本人氏名					
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成	(1) 世帯構成員名 住 所		同意	性別 続柄	生年月日	個人番号	職 業 (勤務先)	(2) 階層 区分	(3) 市町村民税の 所得割の年額	(4) 備考	
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
	(5) 世帯外扶養義務者	氏名		事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>							
		住所									
氏名			事務手続を処理する ために、私の地方税 関係情報を取得する ことに同意します。 <input type="checkbox"/>								
住所											

(裏面の記載要領をよく読んで記入してください)

記 載 事 項

- (1) 「世帯構成員」とは、児童本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて全世帯構成員を記載してください。

「住所」の項は、申請者の住所と同じ場合は、記載を省略して構いません。申請日が1月から6月までの場合は前年の1月1日の住所、7月から12月までの場合は本年の1月1日の住所を記入してください。

「扶養義務者」とは、父母、祖父母、兄弟姉妹、そのほか家庭裁判所で扶養の義務が負わされた叔父叔母等、民法第877条に定められている者です。次の(2)、(5)で参照のこと。

- (2) 「階層区分」の欄には、児童本人、扶養義務者について次により記号で記入してください。なお、注(1)を参照のこと。

a 現在生活保護法の被保護者である場合

(生活扶助のほか医療扶助等を受けている場合も含みます。)

b aにあたる場合を除いて本年度（不明のときは前年度）の市町村民税が課税されていないか、または免除になっている場合

c a又はbにあたる場合を除いて、本年度（不明のときは前年度）の市町村民税のうち均等割のみ課税されている場合

d a、b又はcにあたる場合を除いて、本年度（不明のときは前年度）の市町村民税が課税されている場合

- (3) 階層区分がdである者（児童の扶養義務者で市町村民税が課税されている者）については、その市町村民税の所得割の年額を記入してください。

- (4) 世帯構成員中本人以外の児童が、育成医療の給付、養育医療の給付、療育の給付を受け、又は受けることが決定しているときは、その旨を備考欄に記入してください。

- (5) 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に児童本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合にのみ記載してください。

注(1) 階層区分aについては、被保護者であることを証明する居住地の福祉事務所長、市町村長又は児童委員の証明書を提出してください。

注(2) 階層区分b、c又はdについては、公募（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により、市町村民税を確認させていただきます。ただし、児童本人または扶養義務者で18才未満のものは未就業であれば確認いたしません。

※上記確認に同意いただけない場合は、次の関係書類を必ず添付してください。

階層区分b……市町村民税非課税又は免除を証明する市町村長の課税証明書

階層区分c……市町村民税を証明する市町村長の課税証明書

階層区分d……市町村民税を証明する市町村長の課税証明書

注(3) 申請後給付が終了するまでの間に上記記載事項に変更が生じた場合は、羽曳野市保健福祉部保険年金課に届け出てください。