

養育費に関する申告書

○ _____年（1月から12月までの1年間）に受け取った養育費について、
下記のとおり相違ありません。

届出者氏名

受 取 人	養育費の額（1年分）	備 考
親 ・ 児 童	円	
親 ・ 児 童	円	
親 ・ 児 童	円	
合 計	円	

養育費に関する申告書の提出対象者ではありません。

（ひとり親となった年月日 _____年 _____月 _____日）

同 意 書

私は、函館市ひとり親家庭等医療費受給者証の交付申請を行うにあたり、函館市ひとり親家庭等医療費助成条例（昭和48年函館市条例13号）第4条第1項の規定による受給資格の認定の申請に係る事実についての審査に関する事務、同条例施行規則第5条の規定による受給者証の更新に係る事実についての審査に関する事務および同条例第8条の規定による資格の喪失または申請事項の変更の届出に係る事実についての審査に関する事務に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者ならびに当該申請に係る主たる生計維持者（函館市ひとり親家庭等医療費助成条例施行規則（昭和48年函館市規則第35号）第2条第2号に規定する主たる生計維持者をいう。）の必要な年度の地方税関係情報、住民票関係情報、健康保険資格関係情報、生活保護関係情報および中国残留邦人等支援給付等の支給関係情報について調査することに同意します。

また、同条例第2条5号に規定する医療費の助成を行うにあたり、医療保険各法の規定による高額療養費および付加給付金に関する事務に必要な場合は、函館市が、当該申請に係る者およびその者と同一の医療保険に加入する者の地方税関係情報について調査することのほか、次の①と②に関する一切の権限を函館市長に委任することに同意します。

- ① 当該高額療養費もしくは付加給付金の受領に関する一切の権限
- ② 当該高額療養費もしくは付加給付金の支給申請の添付書類として、当該申請に係る者およびその者と同一の医療保険に加入する者に係る所得（課税）証明書が必要な場合は、当該証明書の交付申請および受領に関する一切の権限

申請者および同一世帯員（別居の生計維持者を含む）

氏 名	住 所	所得調査年度の 1月1日時点住所が <u>函館市以外の場合</u>	個人番号
		市区町村名	

函館市ひとり親家庭等医療費受給者証を受領いたしました