第1号様式の3（第2条関係）

受給者証交付（更新）に係る税務情報利用同意書

令和　　　年　　月　　日

大　垣　市　長　　様

私は、大垣市母子家庭等医療費助成に関する条例に基づく医療費の助成には所得制限があることを承知しており、受給資格の認定及び更新に当たり、大垣市が私に関する税務情報（所得等）を利用することについて同意します。

　　　　　　　　　来庁者　□受給資格者本人　　□本人以外　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□受給資格者に同じ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給資格者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

【税務情報を利用することに同意する者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　　　所 | | | | | | | | | | | | | |
| フ　リ　ガ　ナ | 受給資格者との続柄 | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者  （母等、父） | 大垣市 | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 本人 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扶養義務者  （配偶者を  含む） | 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大垣市  □受給資格者に同じ | | | | | 年１月１日の住所　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| 年１月１日の住所　　　　　市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄( 　　 ) | | | | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | |
| 氏名 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　◎ＤＶ支援措置等該当の有無　　　有　・　無

**【注意事項】**

※　**同意が必要な方については、記入見本を必ずご確認ください。**

※　同一住所で住民票が別、生計が別の場合、その旨の申立書を提出していただければ同意が不要になることがあります。

※　１６歳未満の方も所得がある場合は記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付者 |  | 宛名番号 |  | （　　　枚／　　枚中） |

児童扶養手当受給に関する資料閲覧同意書

大　垣　市　長　　様

私は、大垣市母子家庭等医療費助成に関する条例に基づく医療費受給者証の交付（更新）に当たり、大垣市が児童扶養手当受給に関する資料（現況届、養育費に関する申告書等）を閲覧することについて同意します。

令和　　　年　　月　　日

受給資格者　氏　名

※児童扶養手当を申請していない方は、ご記入していただく必要はありません。

---------------------------------------------------------------------------------

【　誓　約　書　】

大　垣　市　長　　様

私は、大垣市母子家庭等医療費助成に関する条例に基づく医療費の助成制度に該当しなくなる場合には、必ず届出することを誓約します。

令和　　　年　　月　　日

受給資格者　氏　名

次のような場合、大垣市母子家庭等医療費助成に関する条例に基づく医療費の助成制度に該当しなくなりますので、すぐに届け出てください。受給資格がない状態で受給者証を提示して医療機関を受診した場合は、資格がなくなった時点にさかのぼり、医療費を全額返還しなければなりません。

|  |  |
| --- | --- |
| ① | 婚姻したとき（法律上の結婚だけでなく、内縁関係や生計を共にしたときも含む） |
| ② | 遺棄していた父（母）から連絡・訪問・送金があったとき |
| ③ | 刑務所に拘禁されている父（母）が、出所したとき（仮出所を含む） |
| ④ | 児童が父（母）と生計を共にするようになったとき |
| ⑤ | 児童が施設に入所したとき |
| ⑥ | 養育者が児童と別居するようになったとき |
| ⑦ | 母（父）が児童を監護しなくなったとき |
| ⑧ | 児童が死亡したとき |
| ⑨ | 児童扶養手当の受給資格が喪失したとき |
| ⑩ | 生活保護を受けるとき |
| ⑪ | この他、受給要件に該当しなくなったとき |