

同居者に関する申告書 (児童扶養手当・ひとり親家庭等医療費助成用)

(No. _____)

現在あなたが同居している方について、太線の枠内に記入してください。

1. 本人・対象となる児童について記入してください。

フリガナ氏名	続柄	生年月日	個人番号	住民コード	所得申告
男女	本人	T・S H・R . .			済・証明
男女		H・R . .			
男女		H・R . .			
男女		H・R . .			
男女		H・R . .			

2. 親族 (実父母・祖父母・兄弟姉妹・対象児童外の子) 及び配偶者との同居 (有・無)

フリガナ氏名	続柄	生年月日	個人番号	住民コード	所得申告
男女		T・S H・R . .			済・証明
男女		T・S H・R . .			済・証明
男女		T・S H・R . .			済・証明
男女		T・S H・R . .			済・証明
男女		T・S H・R . .			済・証明

3. 単身赴任等をしている親族 (有・無)

フリガナ氏名	続柄	生年月日	個人番号	所得申告
男女		T・S H・R . .		済・証明

4. 1~2以外の人との同居 (有・無)

フリガナ氏名	続柄	生年月日
男女		T・S H・R . .
男女		T・S H・R . .
男女		T・S H・R . .

5. 年度所得 (年中の収入) の住民税における扶養親族等の人数

①扶養親族等の総人数 (16歳未満の扶養親族を含む)	人	総人数
②①のうち、19歳以上23歳未満 (H .1.2~H .1.1生)	人	特定
③①のうち、16歳以上19歳未満 (H .1.2~H .1.1生)	人	一般→特定
※③の該当者がいる場合のみ記入してください。 (氏名・続柄・生年月日・別居の場合の住所)		(確認欄)

上記のとおり相違ありません。また、受給資格の有無及び地方税関係情報の取得に関して公簿で確認されることに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

(職員記入欄)

同住所に1~4以外の人住民登録 (有・無)

	申請日	受付職員
事前相談	令和 年 月 日	
請求・届出	令和 年 月 日	