

住民基本台帳及び市民税課税資料閲覧同意書

児童手当・福祉医療・特別児童扶養手当の受給認定及び支給要件決定のため、受給資格者及び同居親族の住民基本台帳、所得額、所得控除額及び扶養親族数に関する資料を、福祉支援課職員が受給資格を喪失する時まで閲覧することに同意します。

(あて先) 塩 尻 市 長

令和 年 月 日

住 所	<u>塩尻市</u>	
父	氏 名	印
母	氏 名	印
児 童	氏 名	
児 童	氏 名	
児 童	氏 名	

同 居 親 族 等		
(児童手当支給対象児童に 18 歳以上 22 歳以下の兄弟がいる場合はこちらに記入)		
氏 名	印	
	(続柄	)
氏 名	印	
	(続柄	)
氏 名	印	
	(続柄	)
氏 名	印	
	(続柄	)

◎所得制限の対象となる同居親族等については、裏面をご覧ください。
点線で囲った範囲の方が対象となります。