

市町村民税非課税世帯の方で、県内の医療機関等での窓口負担がなくなる「子ども医療給付受給資格者証」（黄色）の交付を希望される次の方は必ず提出してください。

- 出水市内に子どもと別居している保護者（父母）等がいる場合
- 前年又は本年1月2日以降の転入者又は出水市外に子どもと別居している保護者（父母）等がいる世帯で、マイナンバーでの課税確認を希望される場合

※転入者及び市外別居の保護者等がいる世帯は、同意書の提出をされない場合、転入者及び別居の保護者それぞれの課税（非課税）証明書の提出が必要です。

記入例：転入者

令和 4年 1月20日

(宛先) 出水市長

同意書

私は、対象の子ども全員の名前を記入し、医療給付受給資格の認定及び助成額の決定に関する情報について取得し、又は確認されることに同意します。

マイナンバーは必ず記入してください。

子どもの氏名		出水 鶴助、鶴美		
同意者	子どもとの続柄	父	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	イヌミ タロウ		
	氏名	出水 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">本人の署名</span>		
	生年月日	昭和	平成 62年 1月 2日	
	住所	子どもと <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 出水市〇〇町〇〇番地1 △アパート1号室		
	1月1日の住所	〇〇県〇〇市〇〇番地3 <input type="checkbox"/> 住宅201号		
子どもの続柄	母	個人番号	5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6	
同意者	フリガナ	イヌミ ツル子		
	氏名	出水 鶴子		
	生年月日	昭和	平成 2年 1月 2日	
	住所	子どもと <input checked="" type="checkbox"/> 同居		
	1月1日の住所	出水市〇〇町〇〇番地1 △アパート1号室		
	1月1日の住所	〇〇県〇〇市〇〇番地3 <input type="checkbox"/> 住宅201号		

1月～6月提出の場合、前年1月1日時点の住所  
7月～12月提出の場合、本年1月1日時点の住所

前年又は本年1月2日以降の転入者の方は記入してください。  
保護者（父母）及び同世帯に18歳以上の親族（子の兄姉・祖父母等）がいる場合、記入。同居に☑。  
※同居でも別世帯の祖父母等や高校3年生までの子どもは記入不要です。

※同世帯全員の市町村民税が非課税でないと、子ども医療給付受給資格者証（黄色）の交付対象となりません。  
※課税世帯又は別居している父母等が課税されている場合、非該当となりますので、申請されても資格者証（黄色）の交付はありません。

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、委任状により本人から委任を受けてください。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入は省略しても構いません。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても構いません。
- 5 1月1日の住所については、1月から6月提出分は前年の1月1日、7月から12月提出分は本年の1月1日の住所をご記入ください。
- 6 同意者の内容（住所・個人番号等）に変更が生じた場合は、届出が必要です。