

世帯調書

連絡先電話番号

()

児童の属する世帯の構成	世帯員氏名	続柄	生 年 月 日	職 業 (勤務先) 電 話 番 号	所 得 税 額	備 考
児童の属する世帯の構成	(患者氏名)	患 者 本 人				
	(申請者氏名)	患 者 の				
		患 者 の				
		患 者 の				
		患 者 の				
		患 者 の				
		患 者 の				
世帯外扶養義務者	(氏名)	患 者 の				
	(住所)					
	(氏名)	患 者 の				
	(住所)					

(源泉徴収票貼付欄)

添付書類……次の所得税額証明書（前年分の所得の証明書）

(注) 所得税が課せられている方については、その全員の所得税額証明書を添付してください。
 所得税額が課せられていない方でも、確定申告書又は源泉徴収票で配偶者控除が無い場合には、その配偶者の住民税の課税証明書が必要となります。

区 分	必要な所得税額証明書	発行先等	
1	確定申告をしている方 (自分で事業をしている方等)	* 確定申告書の控(1面)又はそのコピー (コピーの場合は、保健所受付の際、原本とコピーとの照合を受けてください。)	税務署受付印があるもの
		* 住民税の課税証明書 (所得税額が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課
2	確定申告をしていない方 (会社等に勤務の方)	* 源泉徴収票又はそのコピー (コピーの場合は、保健所受付の際、原本とコピーとの照合を受けてください。)	勤 務 先 (支払者印があるもの)
		* 住民税の課税証明書 (源泉徴収税額が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課
3	生活保護を受けている世帯の方	* 生活保護受給世帯であることの証明書 福祉事務所長 (島しょにあっては、支庁長)	