

世 帯 調 書

申請者氏名					本人氏名				
本人の属する世帯構成	世帯構成員名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	所得税額	※階層 区分	備考
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
世帯外扶養義務者	氏名								
	住所	電話番号 () -							
	氏名								
	住所	電話番号 () -							

※欄は記入しないこと。

添付関係書類

- ア 給与所得のみの者は源泉徴収票、その他の所得者は税務署長が発行する納税証明書
- イ 上記の所得税額が0の場合は市町村民税課税証明書
- ウ 生活保護法による被保護者の場合はその旨を証明する居住地を所管する健康福祉センター所長の証明書

同意書

養育医療給付申請を行うに当たり、自己負担金の決定のため、私の課税状況等について、関係部署に照会し、又は証明書を取得することに同意します。

同意者氏名 _____ (印)	同意者氏名 _____ (印)
同意者氏名 _____ (印)	同意者氏名 _____ (印)
同意者氏名 _____ (印)	同意者氏名 _____ (印)

※同意者氏名は、課税状況の確認が必要な世帯構成員の方が自署の上、押印してください。