

世 帯 調 書

連絡先電話番号

()

	世帯員氏名	続柄	生 年 日 月 日	職 業 (勤務先) 電 話 番 号	所得税額
児童の属する世帯の構成	(患者氏名)	患者本人			
	(個人番号)				
	(申請者氏名)	患者の			
	(個人番号)				
		患者の			
	(個人番号)				
		患者の			
	(個人番号)				
	患者の				
(個人番号)					
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の			
	(個人番号)				
	(住所)	患者の			
	(氏名)				
	(個人番号)				
(住所)					

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。
 なお、必要書類を提出していただくことで、所得税額証明書を省略できる場合があります。

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) *年末調整が済んでいる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 (支払者印のあるもの)
	*住民税の課税証明書 (源泉徴収額が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 (島しょにあっては、支庁長)

(源泉徴収票貼し付欄)