

# 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	備 考
妊産婦の属する世帯の構成	(患者氏名)	患者本人				
		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)					

### 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	<b>確定申告をしている方</b> (自分で事業をしている方等)	<b>*確定申告書の控（1面）またはそのコピー</b> (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
		<b>*住民税の課税証明書</b> (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	<b>確定申告をしていない方</b> (会社等に勤務の方)	<b>*確定申告書の控（1面）またはそのコピー</b> (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)
		<b>*住民税の課税証明書</b> (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
3	<b>生活保護を受けている世帯の方</b>	<b>*生活保護受給世帯であることの証明書</b>	福祉事務所長 (島しょにあっては、支庁長)