

# 世 帯 調 書

連絡先電話番号

(      )

患者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	
	(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)						

**添付書類……次の所得税証明書（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、原本とコピーの照合を受けてください。)	勤務先
		* 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