

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