

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)	本 人				
	(申請者氏名)					
世帯外 扶養 義務者	(氏名)					
	(住所)					
	(氏名)					
	(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） 所得税額が課さ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。

所得税額が課されていない方でも、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)	* 確定申告書の控え(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、原本とコピーとの照合を受けてください。)	勤務先 (支払者印があるもの)
		* 住民税の課税証明書 (源泉徴収税額が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課

(源 泉 徴 収 票 し 添 付 欄 ろ)