

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)					

(源泉徴収票の添付欄)

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