

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	年 月 日			
	(申請者氏名)	患者の	年 月 日			
		患者の	年 月 日	/		
		患者の	年 月 日	/		
		患者の	年 月 日	/		
		患者の	年 月 日	/		
		患者の	年 月 日	/		
		患者の	年 月 日	/		
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日			
	(住所)					
	(氏名)	患者の	年 月 日			
	(住所)					

添付書類・・・次の所得税額証明

(注) 所得税が課せられている方については、その全員分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	発行所等
1	確定申告をしている方	前年分（1月～6月に申請する方は前前年分）の確定申告書の（税務署受付印や受付番号があるもの）※	
2	確定申告をしていない方	前年分（1月～6月に申請する方は前前年分）の源泉徴収票（年末調整済みのもの）※	勤務先
3	上記1・2を提出できない方	当該年度（4月～6月に申請する方は前年度）の住民税（非）課税証明書	1月1日現在の住民登録地の課税課