

世帯調書

申請者氏名		患者氏名		住所				
患者の属する世帯構成	世帯構成員名	患者との続柄	性別	生年月日	職業	勤務先	年度市町村民税課税状況	備考
		患者本人		個人番号			非課税均等割所得割	
							非課税均等割所得割	
							非課税均等割所得割	
							非課税均等割所得割	

上記世帯構成及び 年度市町村民税課税の有無に相違ないことを証する。

年 月 日

大山町長

印

世帯外扶養義務者	氏名住所	患者との続柄	性別	生年月日	職業	勤務先	備考
				個人番号			

申請される方へ

太枠の中を次の記載要領により記入し、世帯構成及び市町村民税の有無について、市町村で証明を受けるか、世帯全員の住民票の写し及び市町村民税課税証明書を添付してください。なお、世帯外扶養義務者がいる場合は、その者の住所地の市町村長が発行した市町村民税の課税証明書を提出してください。

- 「世帯構成員」の欄には、患者本人も含め住民票に記載されている方全員を記入してください。
- 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に患者を扶養している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。