

世 帯 調 査 書

太枠で囲んだ箇所のみ記入してください。

	世帯員氏名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業（勤務先）	所得税 市町村民税 課税の 有無	所得税 市町村民税 額（円） （※1）	備考（※2）	
受療者の属する世帯の構成	（受療者氏名）	受療者本人		年 月 日	/		有 ・ 無			
	（申請者氏名）	受療者の		年 月 日	/		有 ・ 無			
		受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
		受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
		受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
		受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
		受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
世帯外扶養義務者	（氏名）	受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
	（住所）								/	
	（氏名）	受療者の		年 月 日				有 ・ 無		
	（住所）								/	

注：（※1）及び（※2）は記入しないでください。

養育医療の徴収基準額の算定にあたり、上記に記載された保護者及び世帯員等の所得税並びに市町村民税の課税状況について、関係機関へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

（自署もしくは記名押印）