

(様式第2号)

# 世帯調書

## 証明依頼書

公費負担医療における費用負担額決定、または、要支援母子栄養食品支給申請に必要な、私及び私の世帯員等に対する課税状況について、下記世帯調書の内容を証明してください。

年 月 日

市区町村長

様

(〒 - )

調書 使用 目的	該当に○をしてください
	措置入院費用負担
	入院勧告費用負担
	要支援母子栄養食品支給申請
	( )

申請者

現住所

氏名

連絡先電話 ( ) -  
(転居前住所)

## 世帯調書

※本調書の申請者もしくは同居の親族の方以外が証明の申請をする場合は委任状が必要になります。

A欄 (申請者記載)					B欄 (担当課記載)			
本 人	住所				市区町村民税 ( 年度)			
	氏名	続柄	性別	生年月日	所得の有無	所得の種類 <small>外国税・配当控除・住控・( )</small>	所得割	均等割
同 居 の 親 族		本人			有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無
					有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無
					有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無
					有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無
					有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無
					有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無
同居の 親族以 外の方					有・無	給・営・農・他 , 円	, 円	有・無

※上記、同居の親族以外の方の証明を受ける場合は、下記の同意が必要です。

私の課税状況について税務担当課に照会を求めることに同意します。

住所

氏名

上記B欄記載のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

市区町村長

印

(備考)

- A欄及びB欄は、次の区分によって記入してください。  
A欄—保護(扶養)義務者 B欄—市町村長
- 市区町村税証明担当課はA欄に記載された世帯員の構成を確認した上で、B欄を証明してください。
- B欄中、給は給与所得、営は自営業所得、農は農業所得、他はその他所得
- 当該年度の市区町村民税が不明のときは、前年度市区町村民税によって記入してください。

本人 確認 欄	<input type="checkbox"/>	運転免許証	No.	確認者
	<input type="checkbox"/>	住基カード		
	<input type="checkbox"/>	その他		
	<input type="checkbox"/>	聞き取り等		
代理人が窓口に来た場合 氏名 ( )				