

## 世帯調書

日中の連絡先電話番号

(            )

	世帯員氏名	続柄	生年月日	収入の有無(アルバイト等を含む)	個人番号	備考
乳児の属する世帯の構成	(患者氏名)	患者本人	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
	(申請者氏名)	患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
		患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
		患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
		患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
		患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
	(住所)					
	(氏名)	患者の	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	有・無		
	(住所)					

添付書類として、次のいずれかの書類(最新のもの)を提出していただく場合があります。

必要な添付書類	発行元
市民税・都民税特別徴収税額決定通知書	勤務先
住民税課税証明書（または非課税証明書）	区市町村の 税 務 課
中国残留邦人及び特定配偶者に 関する支援給付を受給されている方	「中国残留邦人等の円滑な帰国の 促進並びに永住帰国した中国残留 邦人等及び特定配偶者の自立の支 援に関する法律」による支援給付受 給世帯であることの証明書
生活保護を受けている世帯の方	生活保護受給世帯の証明書
福祉事務所 (島しょは支庁)	

注 住民税が課せられている方については、その全員の書類が必要になります。