

自立支援医療（育成医療）世帯調書

住所	文京区 丁目 番 号				日中の連絡先電話番号 ()	
	受診者の属する世帯の構成	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	地方税関係情報取得についての同意
区市町村民税の課税地（住所地と異なるとき）				個人番号		
(受診者氏名)		受診者本人	. .	有・無	<input type="checkbox"/> 同意します	
(課税地)		都道府県 区市町村				
(申請者氏名)		受診者の	. .	有・無	<input type="checkbox"/> 同意します	
(課税地)		都道府県 区市町村				
(氏名)		受診者の	. .	有・無	<input type="checkbox"/> 同意します	
(課税地)		都道府県 区市町村				
(氏名)		受診者の	. .	有・無	<input type="checkbox"/> 同意します	
(課税地)		都道府県 区市町村				
世帯外扶養義務者	(氏名)	受診者の	. .	有・無	<input type="checkbox"/> 同意します	
	(課税地)		都道府県 区市町村			
(住所)						

(注)

- 1 個人番号の提供を伴う申請手続きによる提出書類の省略について
 - (1) 区市町村民税の課税（非課税）証明書は、同意する本人が署名し個人番号の記載及び地方税関係情報取得についての同意欄にチェックのある時は、提出を省略することができます。ただし、課税状況の確認ができないときは、後日証明書類の提出が必要になることがあります。
 - (2) 生活保護受給世帯であることの証明書は、個人番号の記載がある時は、提出を省略することができます。ただし、受給状況の確認ができないときは、後日証明書類の提出が必要になることがあります。
- 2 文京区に課税情報がある方で、同意欄にチェックのある時は、住民税の課税（非課税）証明書の提出を省略することができます。