

# 世帯調書

患者本人が属する世帯の構成	世帯員氏名	続柄	生年月日	職業	個人番号
		患者本人			
世帯外扶養義務者					
	(住所)				

## 税務情報の利用について

以下にご同意いただければ、同意した方の所得証明書の提出は原則不要となります。ご同意いただけない方や地方税関係情報の照会ができない場合は、ご自身で所得証明書の取得をお願いします。

下記の者は、練馬区健康推進課が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って、今年度（4月から6月に申請する方は前年度）の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

申請者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者 (配偶者等)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

## 記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 同意者が申請者と同居している場合、住所の記入は省略し、「申請者と同居」にチェックをつけること。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。