

# 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	備考
		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

※入院（見込）日数が 26 日未満であり、所得税が課せられていない方または所得を証明する書類の提出ができない方は、住民税課税（非課税）証明書の提出が必要となります。ただし、税務情報の利用にご同意いただければ、1月から6月までの間に申請する方は前年の1月1日時点、7月から12月までの間に申請する方はその年の1月1日時点で練馬区に住民登録がある場合（住民税未申告の場合を除く。）、住民税課税（非課税）証明書の提出は不要となります。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

下記の者は、練馬区健康推進課が妊娠高血圧症候群等医療費助成事業の事務手続を処理するため限って、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	申請者との続柄	本人
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□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 申請者等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略しても良い。
- 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。