第８号様式

世　帯　調　書

日中の連絡先電話番号
（　　）

	世帯員氏名 地方税関係情報取得についての同意	続柄	生年月日 個人番号	住民税課税の有無	備考
児童の属する世帯の構成	（患者氏名） □同意します	患者本人	年　月　日	有・無	
	（申請者氏名） □同意します	患者の	年　月　日	有・無	
	□同意します	患者の	年　月　日	有・無	
	□同意します	患者の	年　月　日	有・無	
	□同意します	患者の	年　月　日	有・無	
	□同意します	患者の	年　月　日	有・無	
世帯外扶養義務者	（氏名） □同意します	患者の	年　月　日	有・無	
	（住所）				
	（氏名） □同意します	患者の	年　月　日	有・無	
	（住所）				