

世帯調書

日中の連絡先電話番号

090 (1234) 5678

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	備考
	地方税関係情報取得についての同意 (患者氏名)		個人番号		
児童の属する世帯の構成	台東 一郎	患者	令和〇年 〇月 〇日	有・無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します	本人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0		
	(申請者氏名) 台東 太郎	患者の父	平成〇年 〇月 〇日	有・無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		
	台東 花子	患者の母	平成〇年 〇月 〇日	有・無	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
		患者の	年 月 日	有・無	
	<input type="checkbox"/> 同意します				
		患者の	年 月 日	有・無	
	<input type="checkbox"/> 同意します				
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無	
	<input type="checkbox"/> 同意します				
	(住所)				
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無	
	<input type="checkbox"/> 同意します				
(住所)					