

## 世 帯 調 書

(18 歳以下用)

申請者氏名							
(1) 肝炎治療受給者の属する世帯員	18 歳以下の世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名	
(2) 世帯外 18 歳以下の扶養親族	氏名・住所		続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						

**【記入上の注意】**

- 1 前年の状況について記入してください。
- 2 同一世帯員が、18 歳以下の者を税法上扶養している場合のみ記入してください。
- 3 「税法上の扶養者氏名」欄には、前年の所得税の申告(扶養控除申告や確定申告等)において、当該世帯員を扶養控除対象扶養親族として申告した者の氏名を記入してください。
- 4 続柄の欄は、申請者からみた続柄を記入してください。
- 5 添付書類だけでは市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族の情報が得られない場合は、居住する市町村に照会させていただきますので、以下の同意をお願いします。

市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族に関する情報を高知県が市町村から情報収集することについて同意します。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_