

世帯調書

年 月 日

高砂市長 様

助成対象者（再接種者）氏名	助成対象者（再接種者）の保護者氏名
---------------	-------------------

助成対象者（再接種者）の属する世帯員	氏名	生年月日	続柄	職業（勤務先）	所得税額	備考
		年 月 日	本人			
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
世帯外扶養義務者		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				

- 注 1 太枠欄（所得税額欄）の記入は不要です。
 2 世帯外扶養義務者の備考欄には、世帯外扶養義務者の住所を記入してください。
 3 この調書には、生活保護法による保護を受けている場合にはその証明書、その他の場合には所得税又は市町村民税の課税状況が分かる書類（源泉徴収票、確定申告書の写し、所得課税証明書など）を添付してください。
 4 次の同意欄に署名することにより、課税年度の1月1日現在高砂市に住民票があった場合は、注3の書類の添付を省略することができます。

私と世帯員及び世帯外扶養義務者の市町村民税の課税状況について、調査を受けることに同意します。

同意者氏名（自署）

日中の連絡先

※調査により収集した課税資料は、高砂市における骨髄移植後等における予防接種再接種費用の助成対象者に係る認定の審査のために使用するものであり、その他の目的には使用しません。