様式第５号

# 世　帯　調　書

| 申請者氏名 | | 本人氏名 | |
|---|---|---|---|

| | 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業（勤務先） | マイナンバー | ※階層区分<br>※所得区分 | 備考 注）２ | 備考 注）３ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 児童の属する世帯構成 | | | | | | | | □ | □ |
| | | | | | | | | □ | □ |
| | | | | | | | | □ | □ |
| | | | | | | | | □ | □ |
| | | | | | | | | □ | □ |
| | | | | | | | | □ | □ |
| 世帯外扶養義務者 | | | | | | | | □ | □ |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | □ | □ |
| | 住所 | | | | | | | | |

注）１　※欄は、記入しないでください。

２　マイナンバーは、本人および扶養義務者となる方全員の記入が必要です。
養育医療を受けるお子さまのマイナンバーの閲覧に同意される場合は、注）２の欄にチェックを入れてください。

３　所得税等を証明する書類を必ず添付してください。
基準日（申請年の１月１日）に市内在住の方で、課税状況の閲覧に同意される場合は注）３の欄にチェックを入れてください。

４　不明な点は、健康増進課にご確認ください。