

**記入例**

**世帯調書**

日中の連絡先電話番号  
母 111-2222-3333

	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		個人番号		
児童の属する世帯の構成	(患者氏名) <b>墨田 次郎</b>	患者本人	年 月 日	有・無	
	同意します		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	(申請者氏名) <b>墨田 太郎</b>	患者の父	年 月 日	有・無	
	同意します		2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3		
	(氏名) <b>墨田 花子</b>	患者の母	年 月 日	有・無	
	同意します		3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4		
	(氏名) <b>墨田 一郎</b>	患者の兄	年 月 日	有・無	
	同意します		4 5 6		
	(氏名)	患者の		有・無	
	同意します				
(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
同意します					
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無	
	同意します				
	(住所)				
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無	
	同意します				
(住所)					

**【個人番号】**  
患者ご本人と、生計を同じくする世帯員全員のマイナンバーを記入してください。  
(18歳未満の未就業者は不要)