

第2号様式

世帯調書

日中の連絡先電話番号

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)	患者本人	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
	(申請者氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
	(住所)					
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無		
	同意します		<input type="text"/>			
(住所)						