

世帯状況等証明書

年 月 日

東 御 市 長 様

申請者

証明書の 使用目的	養育医療給付申請
--------------	----------

氏名 _____

住所 _____

(電話 _____)

上記の目的に使用するため、下記事項について証明願います。

A 欄						B 欄			
入院患者	(住所)					市民税(年度)			
						(年分所得額を基礎とする)			
	氏 名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	所得の 有・無	所得の種類	所得割額	均等割
	本人				有・無	給・営・農・他		有・無	
同居者の構成	世帯構成員					有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
	その他					有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無
						有・無	給・営・農・他		有・無

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

東御市長

印

(備考)

- 1 A欄及びB欄は、次の区分によって記入してください。
A欄 : 保護(扶養)義務者 B欄 : 市長
- 2 B欄中、(年度)以外については、該当事項に○印を付してください。
- 3 当該年度の市民税が不明のときは、前年度市民税によって記入してください。