

所得制限対象者課税調査書(ひとり親家庭の父母等用)

ひとり親家庭等医療費対象者		ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日		居住地(住所)	
配 偶 者		氏 名		住 所	
① 扶 養 義 務 者		氏 名 対象者との続柄		住 所	
所得状況 扶養親族等控除		受給者の所得状況		配偶者の所得状況	
②同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数)		人(人)		人(人)	
③ 前 年 の 所 得 額		円		円	
雑 損		円		円	
医 療 費		円		円	
社 会 保 険 料		円		※ 円	
小規模企業共済等掛金		円		円	
④ 控	障がい者(特別障がい者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 人 円		※ 人 円	
	特別障がい者である同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	※ 人 円		※ 人 円	
	障がい者・特別障がい者・老年者・寡婦・勤労学生の別	※ 障、特障 寡、勤 円		※ 障、特障 寡、勤 円	
除	地方税法附則第6条第2項又は租税特別措置法第24条若しくは租税特別措置法の一部を改正する法律(昭和47年法律第14号)附則第8条の免除に係る所得税				
	本年の災害・医療費	円 ※ 円		円 ※ 円	
※ 控 除 後 の 所 得 額					
※ 審 査					

- この調査書は、ひとり親家庭等医療費医療証申請書に添付するものです。
- ※印の欄は、記入しないで下さい。