

世帯状況等申告書

年 月 日

(申告先) 上田市長

氏 名 ⑩
 申告者 住 所
 電話番号

児童	(住所)					収入の有無	収入の種類
	氏 名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)		
		本人					
同居者	世帯構成員					有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他
	その他					有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他
						有 無	給与 営業 農業 その他

養育医療給付の申請にあたり、上記のとおり申告します。

なお、健康推進課職員が上記同居者の収入状況について税情報を調査することに同意します。