

様式第5号の2（第8条の2）

課税額申告書

※管轄事務所	
※受理年月日	年 月 日

年 月 日

兵庫県知事様

住所.....  
氏名.....

次のとおり、精神保健及び精神障害者福祉に関する手続を定める規則第8条の2の規定により申告します。

措置入院者							入院年月日	年 月 日	
フリガナ	氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	住民税所得割額	備考	
本人							円		
扶養義務者	世帯内								
	世帯内								
	世帯内								
	世帯内								
世帯外	世帯外								
	世帯外								

- (注) 1 扶養義務者とは本人と生計を同一にする配偶者、直系血族及び兄弟姉妹をいう。  
 2 世帯外扶養義務者は、備考欄に住所を記載すること。  
 3 住民税所得割額については、課税証明書（市町村民税の所得割の課税の有無及びその額について市町村（特別区を含む）の長の証明書）を添付すること。  
 4 住民税所得割額は、市町村民税所得割額を記載してください。