

世帯調書

氏名(フリガナ)	生年月日	指定難病 医療受給の有無等	小児慢性特定疾病 医療受給の有無等
	医療保険(患者は記入不要)		
(フリガナ) 患者本人	明・大・昭・平・令 年 月 日	/	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ) 保護者	明・大・昭・平 年 月 日		・有 ・無 ・申請中
※患者が18歳以上の場合は記載不要です。			
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中

- 患者(患者が18歳未満の場合は保護者)の欄は、必ず記入してください。
- 住所が別でも患者と同じ医療保険に加入している方は、もれなく記入してください。

基準世帯員は○
基準世帯員以外は×

保健所記入欄

世帯員 区分	住民税の課税状況等(非課税・課税のどちらかに○)	
	非課税	課税
	合計所得金額 _____ 円 公的年金等収入額 _____ 円 非課税収入額 _____ 円	所得割額 _____ 円 均等割のみ
	合計所得金額 _____ 円 公的年金等収入額 _____ 円 非課税収入額 _____ 円	所得割額 _____ 円 均等割のみ
	/	所得割額 _____ 円 均等割のみ
	患者(患者が18歳未満の場合は、保護者)の収入額(合計所得金額+公的年金等収入額+非課税収入額) _____ 円	所得割の合計額 _____ 円 均等割のみ
階層判定	A B1 B2 (□B2同意)	C1 C2 D

A:生保, B1:800千円以下, B2:800千円超, C1:71千円未満, C2:71千円以上251千円未満, D:251千円以上