

世帯調書

氏名（フリガナ）	1月1日時点で 居住していた 市区町村名	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）		明・大・昭・平・令 年 月 日	/	・有 ・無 ・申請中
患者本人				
（フリガナ）		明・大・昭・平 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
保護者				
※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

- 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。
- 1月1日時点で居住していた市区町村名の欄は、申請日に応じ、次のとおり記入してください。
 - ・申請日が1～6月の場合：前年1月1日時点の居住市区町村名
 - ・申請日が7～12月の場合：当年1月1日時点の居住市区町村名

基準世帯員は○
基準世帯員以外

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	所得割額 円
	公的年金等収入額 円	均等割のみ
	非課税収入額 円	
	非課税	課税
	合計所得金額 円	所得割額 円
	公的年金等収入額 円	均等割のみ
	非課税収入額 円	
	非課税	課税
	/	所得割額 円
		均等割のみ
	非課税	課税
	/	所得割額 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	