

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 （現住所と同じ場合 は記入不要）	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）				・有 ・無 ・申請中
患者本人		大・昭・平・令 年 月 日		
（フリガナ）			・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。		大・昭・平・令 年 月 日		
（マイナンバー記入欄） □□□□□□□□□□□□□□□□		患者の医療保険と 同 ・ 別		
（フリガナ）			・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
		大・昭・平・令 年 月 日		
（マイナンバー記入欄） □□□□□□□□□□□□□□□□		患者の医療保険と 同 ・ 別		
（フリガナ）			・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
		大・昭・平・令 年 月 日		
（マイナンバー記入欄） □□□□□□□□□□□□□□□□		患者の医療保険と 同 ・ 別		

- 保険証のコピーを提出する対象の方全員を記載してください。
※添付書類の一部省略に関する確認書（様式30号）により保険証のコピー等を省略する方の分も全員記入してください。
- 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。
- 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。
なお、現住所と下記1月1日時点の居住市区町村名が同じ場合は記入不要です。
- ・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

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
	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、B1:809千円以下、B2:809千円超、C1:71千円未満、C2:71千円以上251千円未満、D:251千円以上