

世 帯 調 書

申請者氏名		患者氏名		住所			
患者の属する世帯構成	世帯構成員名	患者との続柄	性別	生年月日	勤務先	年度市町村民税課税状況	備考
		患者本人				非課税均等割所得割	
						非課税均等割所得割	
						非課税均等割所得割	
						非課税均等割所得割	
						非課税均等割所得割	
						非課税均等割所得割	
						非課税均等割所得割	

世帯外扶養義務者	住所氏名	患者との続柄	性別	生年月日	職業	勤務先	備考

＜公簿による課税状況等の確同意について＞

今後、養育医療に係る決定に必要な範囲で、公簿により申請者及び申請者に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、公費負担医療受給状況等について確認されることを承諾します。

＜申請される方へ＞

- 1 「世帯構成員」の欄には、患者本人も含め住民票に記載されている方全員を記入してください。
- 2 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に患者を扶養している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。