

世 帯 調 書

申請者住所 及び氏名				本人(児童) 氏名				
				個人番号				
児童と生計を一にする世帯	世帯構成員名		続柄	保険者 区分	令和 市町村 年度 民税額	収入 ※非課税世帯 の場合記入	備考	
					均等割	所得割		
	医児 療童 保と 険同 一に 加の 入	(本人氏名)	本人 (児童)	被扶養者	—	—	—	
		(申請者氏名)		被保険者				
		個人番号						
		個人番号						
		個人番号						
	医児 療童 保と 険異 にな る入			被保険者				
		個人番号						
		個人番号						
		個人番号						
災害時の支援を目的として、個人情報（受給者の氏名・住所、申請者の氏名・住所及び受給者証の有効期間）を住所地の市町及び住所地の災害要援護者避難支援対策関係者へ情報提供することに同意しますか。						同意する ・ 同意しない		

申請される方へ

- ※1 保険者区分は医療保険単位で判断して、「被保険者」又は「被扶養者」と記載してください。
- ※2 市町村民税額については、児童と同一の医療保険に加入している「被保険者」の申請する年度の額を記載してください。ただし、受給者は児童と同一の保険に加入していない場合であっても、同一世帯とみなされますので記載してください。確定していない場合は前年度の額となります。
- ※3 収入は、市町村民税の非課税世帯の場合のみ、保護者全員の額を記載してください。
なお、収入とは、「地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額、その他遺族年金、障害年金、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当等」の合算額を言います。
- ※4 申請後給付が終了するまでの間に、上記記載事項に変更を生じた場合は、変更申請もしくは変更の届け出が必要となります。

添付書類

1	児童と同一の医療保険に加入しているすべての世帯構成員の名前が記載された被保険者証等の写し
---	--