

世 帯 調 書

申請者 (受診者)					申請者 (受診者)				
住 所					氏 名				
世帯構成員氏名		続柄	生年月日	生 活 保 護 適用の有無	平成 年度 市町村民税額		身障者 その他 の別	収入	備考
					均等割	所得割			
1		被保険者		有・無			身・その他		
2							身・その他		
3							身・その他		
4							身・その他		
5							身・その他		
6							身・その他		
7							身・その他		
8							身・その他		

申請される方へ

- ※1 「世帯構成員」とは、同一の医療保険に加入している者をいいます。身体障害者本人を含めた全世帯構成員を記載してください。
- ※2 続柄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。
- ※3 市町村民税額については、申請する年度の額を記載してください。確定していない場合は前年度の額を記載してください。
- ※4 収入については、市町村民税非課税世帯の場合のみ身体障害者本人に係る収入(年額)を記載してください。
- ※5 身体障害者本人に係る収入とは、「地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額、障害基礎年金、障害厚生年金、遺族共済年金等の公的年金及び特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当」の合算額をいいます。
- ※6 添付書類は裏面をご覧ください。

私の世帯の状況は上記のとおりです。

記載年月日	平成 年 月 日
住 所	郡 市 町 丁目 番 号
氏 名	印

調査の結果上記(朱記訂正)のとおり相違ありません

.....ここから下は記入しないでください.....

自治体記入欄

確認年月日	平成 年 月 日
確認方法	
確認者職・氏名	印

添付書類

国民健康保険に加入している方		すべての世帯構成員の被保険者証の写し、(必要に応じ)住民票
その他の医療保険に加入している方		被保険者本人と申請者の名前が記載された被保険者証等の写し、(必要に応じ)住民票
市町村民税	課税されていない方	課税台帳記載事項証明書 障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等の受給が分かる資料 (年金証書の写し、振込通知書の写し、特別児童扶養手当等の証書の写し等)
	課税されている方	課税台帳記載事項証明書 * 市町村民税(所得割)の課税額がわかる証明書
生活保護を受けている世帯の方		生活保護受給世帯であることの証明書