

世帯調書

	世帯員氏名										続柄	生 年 月 日		年齢 (※3)	住民税課税 の有無(※2)	小児慢性特定疾病 又は難病医療費助成受給者番 号(※4)(※5)	
患者の属する医療保険上の世帯の構成(※7)	患者	(患者氏名)										患者 本人	月	年 日		有・無	難病
		(個人番号) (※6)															
		(課税地等区市町村名) (※1) ・現住所と同じ					(※1) ・現住所以外										
	申請者	(氏名)										患者の	月	年 日		有・無	難病 小慢
		(個人番号)															
		(課税地等区市町村名) (※1) ・現住所と同じ					(※1) ・現住所以外										
	1	(氏名)										患者の	月	年 日		有・無	難病 小慢
		(個人番号)															
		(住所) ・患者と同じ ・申請者と同じ															
	2	(氏名)										患者の	月	年 日		有・無	難病 小慢
		(個人番号)															
		(住所) ・患者と同じ ・申請者と同じ															
	3	(氏名)										患者の	月	年 日		有・無	難病 小慢
		(個人番号)															
		(住所) ・患者と同じ ・申請者と同じ															
(課税地等区市町村名) ・現住所と同じ ・現住所以外										都道 府県	区市 町村						

【申請者が患者とは別の医療保険に加入している場合】

世帯外の 申請者	(氏名)										患者の	月	年 日			
	(個人番号)															
	(住所) ・患者と同じ ・申請者と同じ															
	(課税地等区市町村名) ・現住所と同じ ・現住所以外															
										都道 府県	区市 町村					

(※1) 課税地等区市町村名欄には、1月から6月に申請する場合は前年の1月1日の、7月から12月に申請する場合は申請年の1月1日に住民登録していた区市町村名を記載してください。ただし、生活保護等を受給している方は、当該生活保護等が受給されている区市町村名を記載してください。

(※2) 提出する区市町村民税課税証明書については裏面を御確認ください。

(※3) 年齢は区市町村民税課税証明書の前年の12月31日時点の年齢を記載してください。

(※4) 同一世帯で小児慢性特定疾病又は難病の医療費助成を受給されている場合は受給者番号を記載してください。

(※5) 負担上限額の按分を希望する場合、難病医療費については受給者証と医療保険の被保険者等の資格を確認できる書類とを添付してください。

(※6) 番号法に規定される個人番号(12桁)を記載してください。

(※7) 患者と同じ医療保険の世帯員が書ききれない場合は、この様式を複写して使用してください。