

## 世帯調書

世帯員氏名		続柄	生年月日	住民税課税の有無	小児慢性特定疾病又は難病医療費助成受給者番号 (※2) (※3)
患者の属する医療保険上の世帯構成	患者	患者本人	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難病
	(患者氏名)				
	(個人番号)				
	(課税地等区市町村名) (※1)				
申請者	患者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難病 小慢	
(氏名)					
(個人番号)					
(課税地等区市町村名)					<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所以外
1	患者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難病 小慢	
(氏名)					
(個人番号)					
(住所)					<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他
2	患者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難病 小慢	
(氏名)					
(個人番号)					
(住所)					<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他
3	患者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	難病 小慢	
(氏名)					
(個人番号)					
(住所)					<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他

申請者が患者とは別の医療保険に加入している場合

世帯外の申請申請者	(氏名)	患者の	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	/		
	(個人番号)						
	(住所)					<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他	都道 区市 府県 町村
	(課税地等区市町村名)					<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所以外	都道 区市 府県 町村

- ※1 … 課税地等区市町村名欄には、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村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、当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。
- ※2 … 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入してください。
- ※3 … 負担上限月額の内分を希望する場合、難病医療費については受給者と保険証の写しを添付してください。