

自立支援医療(育成医療)世帯調書

日中の連絡先電話番号

()

		世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	課税情報取得に係る同意(※2)	備考
児童の属する世帯の構成	1	(患者氏名) (個人番号) ※1	受診者本人	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
	2	(氏名) (個人番号) ※1 (住所) ・受診者と同じ ・申請者と同じ	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
	3	(氏名) (個人番号) ※1 (住所) ・受診者と同じ ・申請者と同じ	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
	4	(氏名) (個人番号) ※1 (住所) ・受診者と同じ ・申請者と同じ	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
	5	(氏名) (個人番号) ※1 (住所) ・受診者と同じ ・申請者と同じ	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
	6	(氏名) (個人番号) ※1 (住所) ・受診者と同じ ・申請者と同じ	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
世帯外扶養義務者	1	(氏名) (個人番号) ※1 (住所)	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	
	2	(氏名) (個人番号) ※1 (住所)	受診者の	年 月 日	有・無	<input type="checkbox"/> 同意する	

(※1) 番号法に規定される個人番号(12桁)を記載してください。ただし、申請書欄に記載済の場合は省略できます。
 (※2) 課税情報取得に係る同意欄の「 同意する」にを記入願います。無記入の場合は課税証明等を添付願います。
 なお、生活保護を受けている方等が提出する生活保護等証明書については、原則添付が省略できます。