

# 世帯調書

氏名(フリガナ)	住所(患者本人と住民票上の住所が同じ場合は省略できます)	生年月日	指定難病医療受給の有無等	小慢特定医療受給の有無等
		医療保険(患者は記入不要)		
(フリガナ) 患者本人	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日	/	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ) 保護者		明・大・昭・平 年 月 日		
※患者が18歳以上の場合は記載不要です。				
(フリガナ)	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)		患者の医療保険と 同・別		
(フリガナ)	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)		患者の医療保険と 同・別		
(フリガナ)	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)		患者の医療保険と 同・別		
(フリガナ)	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)		患者の医療保険と 同・別		

## 保健所記入欄

区分	所得の把握	
	住民税課税状況	課税 非課税
	所得割額	円
	合計所得金額	円
	公的年金等収入額	円
	非課税収入額	円
	住民税課税状況	課税 非課税
	所得割額	円
	合計所得金額	円
	公的年金等収入額	円
	非課税収入額	円
	住民税課税状況	課税 非課税
	所得割額	円
	住民税課税状況	課税 非課税
	所得割額	円
	住民税課税状況	課税 非課税
	所得割額	円
所得割合計額		円 均等割のみ
基準世帯員は○ 基準世帯員以外は×		階層判定 A B1 B2 C1 C2 D

- 患者と保護者は必ず記載してください。
- 住所が別でも患者と同じ医療保険に加入している方をれなく記入してください。
- 住民票上で患者と同じ住所の方は漏れなく記入してください。



