

世 帯 調 書

世 帯 の 状 況							課 税 状 況																																					
世帯構成者氏名	続柄 <small>(本人中心)</small>	性別	生年月日	個人番号	職業 (勤務先)	市町村民税		所得割額																																				
						均等割の 有無	所得割の 有無																																					
受療者	本人		年 月 日																																									
申請者			年 月 日																																									
			年 月 日																																									
			年 月 日																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> 児童の属する世帯構成者（全員） <table border="1" style="width: 90%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">氏名</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">氏名</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table> </div>									氏名			年 月 日						住所									氏名			年 月 日						住所								
氏名			年 月 日																																									
住所																																												
氏名			年 月 日																																									
住所																																												
世帯外扶養義務者	氏名		年 月 日																																									
	住所																																											
	氏名		年 月 日																																									
	住所																																											
世帯区分	A 被保護世帯	B 市町村民税非課税世帯		C () 所得税非課税世帯 (市町村民税所得割 有・無)			D () 所得税課税世帯 (税額 円)																																					
負担金 月額	入院 () 円	確認年月日		年 月 日																																								
	通院 () 円	担当職員名																																										

- ※ の部分をご記入ください。
- ※ 職業（前年）については、現在と同一であれば記入の必要はありません。
また、複数ある方はなるべく詳しくご記入ください。
- ※ お預かりした個人情報厳重に管理し、養育医療申請のために使用し、
ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。