

月額負担上限額確定に係る世帯調書 自立支援医療（育成医療）

※1について：現住所と1月1日の住所が違う場合にはご記入ください。

（4月～6月までに申請する場合：前年度の1月1日 / 7月～翌年3月までに申請する場合：申請年度の1月1日）

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	備考
受診者本人	(本人氏名)	受診者本人	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> ←申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 <input type="checkbox"/> 〒			

児童の属する世帯の構成

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	備考
受診者本人と同じ医療保険の加入者（1人目）	(氏名)	受診者の	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> ←上記（受診者本人の1月1日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 <input type="checkbox"/> 〒			
受診者本人と同じ医療保険の加入者（2人目）	(氏名)	受診者の	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> 〒			
受診者本人と同じ医療保険の加入者（3人目）	(氏名)	受診者の	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> 〒			
受診者本人と同じ医療保険の加入者（4人目）	(氏名)	受診者の	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> 〒			

世帯外扶養義務者

世帯外扶養義務者	(氏名)	受診者の	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	(住所)				
	(氏名)	受診者の	年 月 日	有・無	
	個人番号				
	(住所)				