

養育医療世帯調書（個人番号を含む）

* 申請書の電話番号と、日中連絡先が異なる場合は、備考欄への記載をお願いいたします。

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税状況	備考
患者本人	(氏名)	患者本人	令和 年 月 日	有・無・未申告	
	個人番号				

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税状況	備考
児童の属する世帯の構成	(申請者氏名)	患者の	年 月 日	有・無・未申告	
	1月1日の住民票上の住所※	〒			
	個人番号				
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無・未申告	
	1月1日の住民票上の住所※	〒			
	個人番号				
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無・未申告	
	個人番号				

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税状況	備考
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無・未申告	
	個人番号				
	(住所) 〒	-			
	(氏名)	患者の	年 月 日	有・無・未申告	
	個人番号				
	(住所) 〒	-			

※ 1月1日の住民票上の住所欄には、下記時点での住所をご記入ください。

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