

世帯調書

氏名(フリガナ)	生年月日	小慢特定医療受給の有無等	指定難病医療受給の有無等	
	医療保険(患者は記入不要)			
(フリガナ) 患者本人	平成・令和 年 月 日	/	・有 ・無 ・申請中	
(フリガナ) 保護者	明・大・昭・平 年 月 日		・有 ・無 ・申請中	
	患者の医療保険と同・別		・申請中	
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日		・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日		・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日		・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中

保健所記入欄		
世帯員区分	住民税の課税状況等	
	非課税	課税
	合計所得金額 _____ 円	所得割額 _____ 円
	公的年金等収入額 _____ 円	均等割のみ
	非課税収入額 _____ 円	
	非課税	課税
	合計所得金額 _____ 円	所得割額 _____ 円
	公的年金等収入額 _____ 円	均等割のみ
	非課税収入額 _____ 円	
	非課税	課税
		所得割額 _____ 円
		均等割のみ
	非課税	課税
		所得割額 _____ 円
		均等割のみ
	非課税	課税
		所得割額 _____ 円
		均等割のみ
	非課税	課税
		所得割の合計金額 _____ 円
		均等割りのみ
階層判定	A B1 B2 (□B2同意)	C1 C2 D



患者(患者が18歳未満の場合は、保護者)の収入額(合計所得金額+公的年金等収入額+非課税収入額)

基準世帯員は○
基準世帯員以外は×

- 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も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載してください。

A: 生保、血友病 B1: 800千円以下 B2: 800千円超 C1: 71千円未満 C2: 71千円以上251千円未満 D: 251千円以上

世帯調書

氏名(フリガナ)	生年月日	小慢特定医療受給の有無等	指定難病医療受給の有無等
	医療保険(患者は記入不要)		
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
	患者の医療保険と同・別		
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
	患者の医療保険と同・別		
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
	患者の医療保険と同・別		
(フリガナ)	明・大・昭・平・令 年 月 日	・有 ・無 ・申請中	・有 ・無 ・申請中
	患者の医療保険と同・別		

保健所記入欄		
世帯員区分	住民税の課税状況等	
	非課税	課税
	所得割額 _____ 円	
	均等割のみ	
	非課税	課税
	所得割額 _____ 円	
	均等割のみ	
	非課税	課税
	所得割額 _____ 円	
	均等割のみ	
	非課税	課税
	所得割額 _____ 円	
	均等割のみ	

A: 生保、血友病 B1: 800千円以下 B2: 800千円超 C1: 71千円未満 C2: 71千円以上251千円未満 D: 251千円以上