

世帯調書

※個人番号の利用による提出書類の省略を希望しない場合は、以下の「個人番号」欄には記載しないでください。

氏名	続柄	1月1日時点の 住民票の市町村 ※備考参照	保健所使用欄（記載しないでください。） 患者の収入の額又は市町村民税所得割の額
フリガナ 氏名	本人		<input type="checkbox"/> 収入額
生年月日： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 所得割額 円
個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済み（既に提供済みの場合は下記に記載不要）			
個人番号			
個人番号			
フリガナ 氏名			<input type="checkbox"/> 収入額
生年月日： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 所得割額 円
個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済み（既に提供済みの場合は下記に記載不要）			
個人番号			
個人番号			
フリガナ 氏名			<input type="checkbox"/> 収入額
生年月日： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 所得割額 円
個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済み（既に提供済みの場合は下記に記載不要）			
個人番号			
個人番号			
フリガナ 氏名			<input type="checkbox"/> 収入額
生年月日： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 所得割額 円
個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済み（既に提供済みの場合は下記に記載不要）			
個人番号			
個人番号			
フリガナ 氏名			<input type="checkbox"/> 収入額
生年月日： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 所得割額 円
個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済み（既に提供済みの場合は下記に記載不要）			
個人番号			
個人番号			

備考 「1月1日時点の住民票の市町村」は、1月～6月に申請する場合は前年1月1日時点、7月～12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。ただし、更新申請の場合は、申請日にかかわらず、本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。

1. 支給認定基準世帯員について

市町村の国民健康保険（例：〇〇市、〇〇町、〇〇村）	同一世帯で患者と同じ医療保険に加入している全員を記入してください。
岐阜県後期高齢者医療広域連合（後期高齢者医療制度）	
国民健康保険組合（例：建設国保、建設連合、 医師・歯科医師国保、全国左官タイル塗装業等）	
被用者保険（例：全国健康保険協会、 企業の健康保険組合、共済組合船員保険等）	住民票が異なる場合も含めて、 患者と被保険者（医療保険の加入者） を記入してください。

2. 個人番号を利用した申請に係る留意事項

<p>(1) 以下のいずれかに該当する場合は、支給認定基準世帯員の市町村民税所得課税証明書を提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の加入医療保険が国民健康保険組合の場合。 ・患者の加入医療保険が被用者保険で、被保険者（医療保険の加入者）が非課税の場合。 ・支給認定基準世帯員（全員又は一部の方）が、市町村民税の申告をしていない。 ・支給認定基準世帯員（全員又は一部の方）が、市町村民税の申告をしているか分からない。 <p>(2) 個人番号を初めて記載（提供）する場合は、個人番号の確認書類を窓口で提示してください。</p> <p>(3) 支給認定基準世帯員の個人番号を記載しない場合、市町村民税所得課税証明書、世帯全員の住民票および加入医療保険を確認できる書類の写しを提出していただく必要があります。</p>
