様式第３号（第４条関係）

世　　帯　　調　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳児の属する世帯構成者（全員） | 世　　帯　　の　　状　　況 | | | | | | | | | 課税状況 | | | 備考 |
| 世帯構成者氏名 | | | 続柄  (本人中心) | 性別 | 生年月日 | 職業（勤務先） | | | 市町村民税 | | 所得税額 |
| （現在） | （前年） | | 均等割  の有無 | 所得割  の有無 |
| 受療者 | | | 本人 |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 申請者（保護者） | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 世帯外扶養義務者 | 氏名 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | |  |  |  |  |
| 氏名 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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、くわしくご記入ください。

※　お預かりした個人情報は厳重に管理し、養育医療のために使用し、申請者の承諾なしに第三者に提供することはありません。