

第4号様式

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）

負担上限額確定のため、申請者及び申請者と同一世帯に属する同一保険加入者の収入及び課税状況について、対象年度の1月1日に住民票があった自治体へ照会します。  
 同意する  同意しない

※ご同意いただけない場合は所得確認書類をご提出ください。

日中の連絡先電話番号
( )

	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民税課税の有無	備考
児童の属する健康保険上の世帯の構成	フリガナ	受診者本人	年 月 日	有・無	
	受給者氏名	個人番号			
	1月1日時点の住民票上の住所※1	□申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックをいれて記入を省略できます (〒 - )			
	フリガナ	受診者の	年 月 日	有・無	
	申請者氏名	個人番号			
	1月1日時点の住民票上の住所※1	□申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックをいれて記入を省略できます (〒 - )			
	フリガナ	受診者の	年 月 日	有・無	
	氏名	個人番号			
	1月1日時点の住民票上の住所※1	□申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックをいれて記入を省略できます (〒 - )			
	フリガナ	受診者の	年 月 日	有・無	
	氏名	個人番号			
	1月1日時点の住民票上の住所※1	□申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックをいれて記入を省略できます (〒 - )			
世帯外扶養義務者	フリガナ	受診者の	年 月 日	有・無	
	氏名	個人番号			
	(現住所)				
	1月1日時点の住民票上の住所※1	□現住所と同じ場合は、こちらにチェックをいれて記入を省略できます			

※1 「1月1日の住民票上の住所」欄には、4月から6月までに申請する場合は前年度の1月1日、7月から翌年3月までに申請する場合は申請年度の1月1日時点の住所を記入してください。

(日本工業規格A列4番)