

## 世帯調書及び同意書

自立支援医療の負担上限額算出のため、本人及び世帯員の住民情報（生活保護受給情報、課税・非課税状況、国保加入状況、手当受給状況、税法上の扶養状況）を確認するにあたり、課税台帳、住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

申請者氏名※1								
本人の保険証	健保（健保本人・家族・共済）国保（一般 退職 土建）							
本人と同一保険の世帯構成員	世帯構成員名	続柄 ※2	生年月日	年齢	課税・非課税	市民税 所得割額	所得 区分	備考
		本人			課税・非課税			
					課税・非課税			
					課税・非課税			
					課税・非課税			
					課税・非課税			
					課税・非課税			

太枠内を記入してください。

※1 申請者氏名は、更生医療の場合は本人氏名、育成医療の場合は保護者氏名を記載してください。

※2 続柄は本人から見た場合の関係を記載してください。