|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **世　　　　帯　　　　調　　　　書** |  |
|  | 申請者（受診者）住所 |  | 申請者（受診者）氏名 |  |  |
|  | 世帯構成員氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年金受給の有無 | 生活保護適用の有無 | 　　　　　年度市民税額 | 身障者その他の別 | 収入 | 備考 |
| 均等割 | 所得割 |
| １ |  | 被保険者 |  | 有・無 | 有・無 |  |  | 身・その他 |  |  |
| ２ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
| ３ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
| ４ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
| ５ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
| ６ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
| ７ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
| ８ |  |  |  | 有・無 |  |  |  | 身・その他 |  |  |
|  |  |

　　　太枠のみご記入ください

　申請される方へ

　\*１　「世帯構成員」とは、同一の医療保険に加入している者をいいます。身体障害者本人を含めた全世帯員を記載してください。

　\*２　続柄は、医療保険単位で判断して、「被保険者」又は「被扶養者」と記載してください。

　\*３　市民税非課税世帯の方のみ身体障害者本人の公的年金の受給がわかる書類（年金証書の写し、振込通知書の写し等）を添付してください。

　\*４　添付書類は裏面をご覧ください。

私の世帯の状況は上記のとおりです。

申請受付後、私及び私の属する世帯員の課税額、所得額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料で確認され、また生活保護の受給状況について調査されることを同意します。なお、これらを調査・確認されることについては、私の属する世帯員の承諾を得ています。また、判定に必要な場合、広島県立身体障害者更生相談所へ身体障害者手帳に係る診断書の写しを提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載年月日 |  | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　　所 | 廿日市市 |  |
| 氏　　　名 |  |  |

**添付書類**

|  |  |
| --- | --- |
| **①自立支援医療要否意見書** | ※医療機関で記入してもらう必要があります。 |
| **②被保険者証等の写し** |  |
| 　(1)国民健康保険に加入されている方 | 同一保険に加入されている方全員の被保険者証の写し |
| (2)後期高齢者医療保険に加入されている方 | 同一保険に加入されている方全員の被保険者証の写し |
| (3)その他（上記以外）の医療保険に加入されている方 | 被保険者本人及び更生医療受給者の名前が記載された被保険者証等の写し |
| **③所得証明書** | 現在の世帯構成員（同一医療保険単位の世帯）のうち、1月１日現在、廿日市市外に居住していた世帯構成員がいる場合のみ。市外に居住していた構成員の所得証明書を前住所地の市区町村で発行してもらってください。 |
| **④障害年金等の受給が分かる書類** | 市民税非課税世帯の方で障害年金等の受給がある方のみ。（年金証書の写し、振込通知書の写し、振り込まれている通帳の写し等） |
| **⑤特定疾病療養受療証の写し** | 人工透析療法をされている方のみ。 |