

世 帯 調 書				
氏 名	患者との続柄	生年月日	備考(※) (学校名、学年、アルバイト等の収入の有無等)	市町民税 (所得割) 課税年額
	本人			
世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額				階層区分 (甲 ・ 乙)

- 太枠内のみ記入してください。 他は記入の必要はありません。
- 月額負担額を決定するためには、患者世帯全員の前年度所得に対する課税状況を証明する書類が必要になります。
 - ※世帯の市町民税所得割合算額235,000円未満：階層区分「乙：自己負担上限額1万円」
 - 〃 235,000円以上：階層区分「甲：自己負担上限額2万円」
- 市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合は、市町村民税額合算対象除外希望申出書(様式第2-2号)を添付してください。
- ※義務教育以外の学校等に在学する生徒・学生については、扶養に入っており、備考欄に学校名、学年、アルバイト等の収入がない旨の記入がある場合に限り、課税状況を証明する書類を省略することができます。
- また、階層区分「甲：月額自己負担上限額2万円」となることを了承される場合に限り、下記同意欄への記名により、世帯全員の課税状況を証明する書類の添付を省略することができます。

【同意欄】
階層区分「甲：月額自己負担上限額2万円」となることについて同意し、
世帯全員分の課税証明書の添付を省略します。
申請者氏名： _____