

世 帯 申 告 書  
(自立支援医療(育成医療))

平成24年度より個人住民税の扶養控除のうち、年少扶養控除及び16～18歳までの特定扶養控除の上乗せ部分の廃止が行われました。育成医療の自己負担額を決定するにあたり、扶養控除の見直しによる影響をできるだけ小さくするために市町村民税額を算定し直しますので、世帯申告書の提出をお願いいたします。

年 月 日

申請者氏名		印					
世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	扶養者対象者	扶養者世帯員番号	同一医療保険加入者	備考
1	受診者(自立支援医療を必要とする児童 保護者)	本人				/	
受診者の属する世帯構成員							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8	住所の異なる世帯構成員						
9							
10	世帯外扶養義務者						
11							

- ※1.「世帯構成員」には、受診者本人と生計を一にしている者、本人を含めて全員を記載してください。
- ※2.「保護者」の欄には、受診者が国民健康保険の場合は生計中心者、国民健康保険以外の場合は被保険者を記入してください。
- ※3.扶養対象となっていない者(所得税の控除対象外の者も含む:例 16歳未満扶養、その他扶養等)については「扶養対象者」欄に○を付け、「扶養者世帯員番号」欄にその対象者を扶養している者の世帯員番号を記入してください。
- ※4.受診者と同一の医療保険に加入している者については「同一医療保険加入者」欄に○を付けてください。
- ※5.「世帯外扶養義務者」の欄には世帯構成員以外で現に受診者本人に対して扶養を行っている扶養義務者がいる場合のみ記載してください。