

記入例

養育医療世帯調書

※個人番号職権取得： 申 配 その他( )  
 / 世帯全員

日中に連絡がとれる電話番号を記入してください(父母の携帯など)。

連絡先電話番号  
 090 (0000) 0000

	世帯構成員名										続柄	生年月日	職業 (勤務先)	階層 区分	市町村民 税額等	備考	
児 童 の 属 す る 世 帯 の 構 成	(受療者氏名) 稲城 二郎										受療者 本人	令和〇〇年〇月〇日					
	個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	父	患者の 稲城 太郎	平成〇〇年〇月〇日	会社員 〇〇株式会社		
	(申請者氏名)																
	個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	母	患者の 稲城 花子	平成〇〇年〇月〇日	主婦		
	(氏名)																
	個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	兄	患者の 稲城 一郎	平成〇〇年〇月〇日	小学生		
	(氏名)																
個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	姉	患者の 稲城 梨花	平成〇〇年〇月〇日			承認中	
(氏名)																	
個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	患者の	年 月 日					

世帯構成員中、本人以外の乳児が養育医療給付を受けている場合は、「承認中」、申請を行っている場合は、「申請中」と記入してください。

※世帯外に扶養義務者がいる場合は以下に記入してください。

世帯外扶養義務者	(氏名)											患者の	年 月 日				
	個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(住所)					
	(氏名)											患者の	年 月 日				
	個人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(住所)					

- <記入上の注意>
- 「世帯構成員」とは、乳児本人と生計を一にしているものをいいます。本人を含めて全世帯構成員を記入してください。「扶養義務者」とは、父母、祖父母、兄弟姉妹、その他家庭裁判所で扶養の義務を負わされた叔父、叔母等、民法877条に定められているものです。
  - 「続柄」は、受療者本人からみた続柄を記入してください。
  - 「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に乳児本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。
  - 「備考」は、世帯構成員中、本人以外の乳児が、養育医療の給付を受けている場合及び申請を行っている場合、その旨を備考欄に記入してください。
  - 養育医療変更届に添付する場合は、変更となった世帯構成員の備考欄に、その旨を記入してください。