

世 帯 調 書

	氏名・生年月日	続柄	支給認定基準世帯員 (被用者保険：被保険者) (国民健康保険：加入者全員)		1月1日（1～5月は前年1月1日）時点の住所 マイナンバー法における個人番号 (現在大阪市内に住民票のある方は記載省略可)	保健福祉 センター 記載欄											
受診者	年 月 日生	本人	☐	右欄も記入してください	・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕											
					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
申請者	年 月 日生	本人の	☐		・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕											
					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
受診者と同じ住民票の他の世帯員	年 月 日生	本人の	☐	右欄は☑をつけた方のみ記入してください	・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕											
					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
	年 月 日生	本人の	☐		・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕											
					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
	年 月 日生	本人の	☐		・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕											
					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
年 月 日生	本人の	☐	・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕													
			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
加入者と同じ医療保険に 加入する上記以外の者	年 月 日生	本人の	☐	・現住所と同じ ・別住所（ ）	課税 非課税 生保 〔 〕												
				<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
(現住所) 〒 -																	

【記入上の注意】

＊支給認定基準世帯員について

- ・受診者が被用者保険の場合、受診者が加入する医療保険の被保険者のみに☑をつけてください。
- ・受診者が国民健康保険の場合、受診者と同一の保険に加入している方全員に☑をつけてください。

＊1月1日（1～5月は前年1月1日）時点の住所について

- ・「受診者」「申請者」及び「支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方」について記入してください。
- ・1月1日（1～5月に申請する場合は前年1月1日）の住所について、該当する方に○をしてください。
- ・別住所の場合は（ ）内に当時の住所を市区町村名まで記入してください。

＊マイナンバー法における個人番号について

- ・「受診者」「申請者」及び「支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方」について記入してください。
- ・現在、大阪市内に住民票のある方は、記入を省略いただいても結構です。
- ・市外居住者の方は必ず記入してください。

＊保健福祉センター記載欄には記入しないでください。

支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方全員が、市民税非課税である場合、裏面も記入してください。

世帯調書の支給認定基準世帯員欄に☑をつけた方全員が、市民税非課税である場合に記入してください。

収入等に係る申立書（市民税非課税）

大阪市長あて

申請者氏名
(自署又は記名押印)

印

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、保護者について、以下のとおり相違ないことを申し立てます。

該当する欄に○をつけてください。

【 】	年金・手当等を受給しており、証明する書類を全て提出します。
--------	-------------------------------

＊証書又は振込通知書等の写しを添付してください。

【 】	年金・手当等を受給していますが、証明する書類を提出しません。 階層区分が「Ⅲ」（低所得Ⅱ）となることを了解します。
--------	--

＊地方税法上の合計所得金額と所得税法上の公的年金等の収入金額の合計が80万円を超えている場合は、証明提出の有無にかかわらず階層区分は「Ⅲ」（低所得Ⅱ）となります。

【 】	年金・手当等の収入は一切ありません。
--------	--------------------

※年金・手当等とは、保護者が受給する次の障がい年金や特別児童扶養手当等をいいます。

障がい年金等・・・障がい年金、障がい基礎年金、障がい厚生年金、障がい共済年金、障がい手当、障がい一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障がい給付金、障がい補償、障がい補償給付、障がい給付 等

特別児童扶養手当等・・・特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当

【記入上の注意】

- ・支給認定基準世帯員が、市民税非課税である場合のみ記入してください。
- ・受診者が血友病患者の場合は、記入不要です。
- ・年金・手当等の受給の有無については、次の対象者及び対象期間について記入してください。

対象者	受診者が被用者保険	被保険者 (ただし、受診者本人が被保険者の場合は、保護者のうち収入の高い方)
	受診者が国民健康保険	保護者のうち収入の高い方
対象期間	1～5月に申請する場合	前々年の1～12月
	6～12月に申請する場合	前年の1～12月

※児童福祉法第19条の6第1項第3号及び児童福祉法施行令第22条の2の規定により、虚偽の申請があった場合は支給認定を取り消すことがあります。