

世帯調書(支給認定基準世帯員)

受診者と同じ医療保険に加入している方について、記入または選択肢を○で囲んでください。

- ・受診者と住所が別の場合は、「同居・別居の別」の「別居」を○で囲み、備考欄に住所を記入してください。
- ・申請日が7月から翌3月までは当該年度、4月から6月の場合は前年度の市町村民税の課税状況を確認します。相模原市外で賦課決定されている場合は、その住所を備考欄に記入してください。

フリガナ 氏名	受診者との 続柄	生年月日	同居・別居の 別	市町村民税の 状況	非課税年金等の 受給(※参照)
	受診者 本人	/	/	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個人番号:		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個人番号:		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個人番号:		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個人番号:		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個人番号:		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
個人番号:		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

備 考

※受診者と別居(住民登録が別)の場合は、その方の氏名及び住所を記入してください。

※非課税年金等を受給している場合は、受給している年金等の名称及び年額を記入してください。

※市町村民税の賦課決定(課税・非課税の決定)が相模原市外でされている場合は、その住所を記入してください。

※申請書の「受診を希望する指定医療機関の名称」の記入欄が不足する場合は、こちらにご記入ください。

※非課税年金等… 遺族年金、障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、障害に対する公的補償(労働災害補償等) 等

○事務処理欄 ※適用区分… ア・イ・ウ・エ・オ 自己負担上限月額… 円

基準世帯員	所得割額	手当等収入額	備 考
合 計			