

世 帯 調 書

申請者住所 及び名前				本人（児童） 名 前						
				加入医療保険		☐ 社保等 ☐ 国民健康保険 ☐ 生活保護				
児童と生計を一にする世帯構成員	世帯構成員名		続柄	保険者 区分	平成 年度 市町村民税額		収入 ※非課税世帯 の場合記入	世帯 該当	備考	
					均等割	所得割				
	医療保と 険同一に 加の入○	(本人名前)		本人 (児童)	被扶養者	—	—	—		
		(申請者名前)			被保険者					
	医療保と 険異なる 加の入○				被保険者	/				

※ 市町村民税額については、児童と同一の医療保険に加入している「被保険者」の申請する年度の額を記載してください。確定していない場合は前年度の額となります。

※ 収入は、市町村民税の非課税世帯の場合のみ、保護者全員の額を記載してください。

なお、収入とは、「地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額、障がい基礎年金、障がい厚生年金、遺族共済年金等の公的年金及び特別障がい者手当、障がい児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当」の合算額を言います。

※ 申請後給付が終了するまでの間に、上記記載事項に変更を生じた場合は、変更申請もしくは変更の届け出が必要となります。

【添付書類】

1	児童と同一の医療保険に加入しているすべての世帯構成員の名前が記載された被保険者証等の写し			
2	市町村民税	課税されて いない方	1月1日に福山市に 住所がなかった人	市町村民税非課税証明書
			保護者全員必要	《障がい年金等》 障がい基礎年金・障がい厚生年金・障がい共済年金・ 遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金等 《特別児童扶養手当等》 ・障がい児福祉手当・ 特別児童扶養手当・特別障がい者手当等 (年金証書の写し、振込通知書の写し等)
		課税されて いる方	1月1日に福山市に 住所がなかった人	児童と同一の医療保険被保険者の市町村民税課税証明書 (市町村民税所得割の課税額がわかる証明書) ※課税額が23万5千円以上の場合「一定以上」です。 詳しくはお問い合わせください。
3	生活保護を受けている 世帯の方		1月1日に福山市に 住所がなかった人	生活保護受給世帯であることの証明書