

世帯調書兼同意書（育成医療）

福岡市自立支援医療（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）の該当要件等を審査するため、税部門への市民税の課税額等を市民税課税資料等で調査・確認することについて同意します。

保 護 者 名 保 氏					受診者氏名			
住 所								
前 住 所	※診療予定期間の始期が1月から6月までの場合は前年の1月1日時点、7月から12月の場合は今年の1月1日時点の住所が、上記住所以外を住所地に設定していた場合に記載							
医療費支給認定基準世帯員（※1）	氏 名				続柄	生年月日	市民税額	備考
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
	個人番号							
上記以外								
給市外医療費支給認定世帯員								
	個人番号							
	住 所							
※ 太ワク内は記入しないでください。 ※1 医療費支給認定基準世帯員については、受診者が加入する医療保険の被保険者を記載してください。（国保、国組は同じ医療保険に加入する方全員記載してください。）							合計	階層