

様式24(法第37条関係)

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条に基づく医療費公費負担申請附属書類

世帯調書

申請者住所		電話 ()				氏名	
患者の属する世帯構成	氏名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先等)	所得税額*	保健福祉事務所確認欄*
		本人					
世帯外扶養義務者							
氏名							
住所							
氏名							
住所							
* 業務所使用欄 保健福祉事務所	自己負担額		月	円	所得税合算額		円
	摘要						

(注) この調書には次のものを添付すると共に、各種保険(国民健康保険等)を適用する場合は、その保険証を掲示して下さい。(保健福祉事務所に掲示できない場合は、コピーを添付して下さい。)

正当な理由なく書類の提出がない場合、公費負担を行わないこともあります。

(添付していただくもの)

- 1 患者の属する世帯全員の住民票の写し(続柄が記載されているもの)
- 2 この調書に記載されている方全員の所得税額を証明する書類
ただし、入院日が1月1日から5月31日までの場合は前々年の、6月1日から12月31日までの場合は前年の所得税額を証明する書類を、次の区分に従って添付して下さい。
 - 自営業者等確定申告をされた方 → 「所得税確定申告書第1表控えのコピー」又は「所得税納税証明書(その1)」(源泉徴収税額が分かるもの)
 - 給与所得者、年金受給者 → 「源泉徴収票」
 - 生活保護受給者 → 福祉事務所の発行する「受給証明書」
 - 上記以外の方 → 「市(町村)民税(非)課税証明書」なお、絶対的扶養義務者以外の方及び扶養されていることが証明されている方については、添付は必要ありません。
- 3 健康保険証のコピー
- 4 上記以外の書類についても、別途提出をお願いすることがあります。

(記載要領)

- 1 「患者の属する世帯構成」欄には患者の世帯全員を記載して下さい。
- 2 「続柄」は、患者本人からみた続柄です。
- 3 「世帯外扶養義務者」の欄は、住所は別であるが患者本人と生計を一にしている「絶対的扶養義務者」がいる場合に記載して下さい。
- 4 「絶対的扶養義務者」とは、患者の配偶者、三親等以内の直系血族及び兄弟姉妹をいいます。(兄弟姉妹の配偶者、甥姪、叔父叔母、配偶者の両親や兄弟姉妹は含みません。)
- 5 「職業」欄には、単にパートや学生ではなく、できるだけ具体的に記載して下さい。
- 6 *印のある欄内は記載しないで下さい。