

第14号様式の4

自立支援医療(育成医療)世帯調書

					日中の連絡先電話番号	
					()	
	世帯員氏名	続柄	生年月日	住民課税の有無	個人番号 ※1	
児童の属する世帯の構成	【患者氏名】	受診者本人	年 月 日	有 ・ 無		
	【保護者(被保険者)氏名】	受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
		受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
		受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
		受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
		受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
世帯外扶養義務者	【氏名】	受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
	【住所】					
	【氏名】	受診者の	年 月 日	有 ・ 無		
	(住所)					

※1 個人番号の記載は患者と保護者(被保険者)のみ。