

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)	市町村民税 所得割額*	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							
	自己負担額	月	円	市町村民税所得割 合算額		円	
使用欄 *保健福祉事務所	摘要						

(注) この調書には次のものを添付してください。

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。

(裏面につづく)

(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市町村民税所得割額を証明する書類
ただし、入院日が4月1日から6月30日までの場合は前年度の、7月1日から翌年3月31日までの場合は当該年度の市町村民税所得割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→「市町村民税の税額決定・納税通知書」
 - 給与所得者、年金受給者→「給与所得者等に係る市町村民税・県民税特別徴収額決定通知書」
 - 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 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ください。
- 6 *印のある欄内は記載しないで下さい。