世帯状況確認書

自立支援医療費（育成・更生・精神）の支給申請にあたって、申請者と同一の保険に加入されているかどうか、世帯状況の確認をさせていただいております。そのため、15歳以上の世帯員について、ご記入をお願いいたします。
尚、国民健康保険に加入の方については、住民課にて確認させていただきます。

住所　能美郡川北町

	No.	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	年齢	保険の種類	備考
世帯員の状況	1		本人	T・S・H・R ・　・		国保・協会・後期・組合	
	2			T・S・H・R ・　・		国保・協会・後期・組合	
	3			T・S・H・R ・　・		国保・協会・後期・組合	
	4			T・S・H・R ・　・		国保・協会・後期・組合	
	5			T・S・H・R ・　・		国保・協会・後期・組合	
	6			T・S・H・R ・　・		国保・協会・後期・組合	

ここから下の欄には記入しないで下さい

処理欄	記載者	本人　・　世帯員　（　　）　・　聞き取り		
	確認日	年　　月　　日	確認者	