

※太枠内のみ記入願います

申請書受理番号及び年月日		第 年 月 日 号		養育医療受給者番号	第 号	養育医療台帳番号	
申請者氏名及び生年月日		年 月 日生		申請者が当該世帯における 最多収入であるかないかの別		ある ・ ない	
居 住 地							
世帯員の状況	氏 名	続 柄	職 業	市町村民税 均等割課税 の有無	市 町 村 民 税 所 得 割 課 税 の有無	前年分の 市町村民税 所得割課税額	備 考
世帯区分	被保護世帯又は中国残留邦人自立支援法による支援給付世帯 1 市町村民税非課税世帯 2 市町村民税均等割のみ課税世帯 3 市町村民税所得割課税世帯 () 4						
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者 印							
徴収基準（月）額又は加算基準（月）額				円			