

世帯状況届及び同意書

年 月 日

申請者（保護者） 住所 川崎市 区

氏名

受診者本人と同じ医療保険に加入している世帯員全員について記載してください。

同居世帯員氏名 （医療保険同一世帯）	生年月日	年齢	続柄	1月1日現在の住所※
受診者（児童）	年 月 日		本人	川崎市内・市外
	年 月 日			川崎市内・市外
	個人番号			
	年 月 日			川崎市内・市外
	個人番号			
	年 月 日			川崎市内・市外
	個人番号			
	年 月 日			川崎市内・市外
	個人番号			
	年 月 日			川崎市内・市外
	個人番号			

※令和8年7月から令和9年6月に申請をする場合は、令和8年1月1日
令和9年7月から令和10年6月に申請をする場合は、令和9年1月1日
・受診者（児童）が加入する公的医療保険が国保組合の場合はその公的医療保険に加入する全員分（中学生以下除く）の市民税の課税状況がわかる書類の提出が必要となります。

同意事項

自立支援医療費（育成医療）支給に係る申請にあたり、以下の事項について、川崎市が関係機関より個人情報を収集することに同意します。

- ・生活保護受給の有無
- ・市民税の課税状況
- ・特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当・経過的福祉手当等の受給額
- ・医療保険世帯等の確認に関する事項
- ・自立支援医療（育成医療）意見書に関する事項
- ・その他、認定に必要となる事項

収集した個人情報は、他の目的で使用されることはありません。
市民税が未申告の場合、申告の必要があります。