「世帯」とは、加入している医療保険が健康保険協会（組合）や共済組合等の社会保険の場合は「被保険者及び申請者本人」、国民健康保険の場合は「一緒に国民健康保険に加入している方全員」をいいます。

確認終了

はい

はい

筑紫野市から生活保護を受けていますか？

あなたの「世帯」は、生活保護を受けていますか？

生活保護受給先の市町村名をお答えください

　　　　　　　　　　　　市町村

いいえ

いいえ

はい

あなたの「世帯」は以下の日に筑紫野市に住民票がありましたか？

※1～6月に申請の方は前年の1月1日

※7～12月に申請の方は今年の1月1日

国民健康保険または社会保険に加入していますか？

はい

確認終了(下部の設問へ)

いいえ

自立支援医療は、健康保険に加入している方を対象とした制度です。

申請の対象ではありません。

いいえ

「世帯」の中で基準日に筑紫野市外に住民票があった方についてご記入ください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 生年月日 | 基準日住所 | 個人番号 |
| ① |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |

「世帯」とは、加入している医療保険が健康保険協会（組合）や共済組合等の社会保険の場合は「被保険者及び申請者本人」、国民健康保険の場合は「一緒に国民健康保険に加入している方全員」をいいます。

１．16歳以上かつ同一世帯の方の税法上の扶養対象となっていない未申告者はあなたの世帯にいますか。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

２．あなたの世帯のうち、特別児童扶養手当等を受給している方はいますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　　「はい」の場合で以下に記入をお願いします。（※課税世帯の方は以下記入省略可です。）

　　　　※特別児童扶養手当は、障がいを有する児童を監護している父か母またはその他の監護者が受給するものです。受給者の氏名を記入してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 受給者氏名 | 受給内容 | 受給額等①特別児童扶養手当は等級または受給額を記入してください。②受給元をご記入ください:私学共済、年金機構、地方職員共済組合等） |
| ① |  | 障害年金・特別障害者給付金・遺族年金・寡婦年金・特別児童扶養手当 |  |
| ② |  | 障害年金・特別障害者給付金・遺族年金・寡婦年金・特別児童扶養手当 |  |
| ③ |  | 障害年金・特別障害者給付金・遺族年金・寡婦年金・特別児童扶養手当 |  |