

調 査 書							
申請受理番号	第	号	受理日	年	月	日	
住民基本台帳記録等確認	年			月	日	確認者印 ㊟	
対の 象状 者況	主たる病名と通院状況						
	現在かかっている病院・医院						
	その他特記事項						
世 帯 員 の 状 況	氏名	年齢	対象者との続柄	前年所得税額	生計中心者	備考	
	(対象者)						
近状 親 者 の況	氏名	年齢	対象者との続柄	住	所	電話番号	備考
(A)階層と自己負担金の金額		階層 (円)		(B)既自己負担額	円		
給付する用具							
予定 価格	円	今回の自己負担額 (A) - (B) = (C)	円	公費負担 予 定 額	円		
調査年月日	年		月	日	調査担当者	㊟	
決 定	理由 可 否						