

(様式 1 - 1)

### 状況調査書 (受給者用)

#### 【寝たきり・認知症高齢者】

|   |   | 自己申告 |     | 当課の調査 |     |
|---|---|------|-----|-------|-----|
| 1 | 主たる生計維持者の市民税は非課税ですか？(同敷地内に居住する世帯も含みます。)   | 非課税  | 課税  | 該当    | 非該当 |
| 2 | 税法上の被扶養者となっていますか？<br>(親族が会社の年末調整や確定申告の際に、あなたを被扶養者として申告していますか。親族にお問い合わせいただきご回答ください。) | いない  | いる  | 該当    | 非該当 |
|   | 扶養者は非課税ですか？(被扶養者の場合)  | 非課税  | 課税  |       |     |
| 3 | 介護保険法第 27 条の要介護認定が「4」又は「5」ですか？  | はい   | いいえ | 該当    | 非該当 |
| 4 | 公的介護サービスを 3 か月以上継続して受けていますか？<br>サービス開始時期<br>( 年 月 日)                                | はい   | いいえ | 該当    | 非該当 |
| 5 | 生活保護など国や前住所地から医療費助成を受けていますか？<br>制度名 ( )   | いない  | いる  | 該当    | 非該当 |
|   |   |      |     | 判定結果  |     |
|   |   |      |     | 該当    | 非該当 |

上記内容に相違ありません。

なお、内容について事実と相違があった場合は、公費負担された医療費を返納いたします。

また、認定の可否を行うための市民税課税状況、世帯状況及び介護に関する情報を、北名古屋市が調査することに同意します

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

(様式1-1)

状況調査書 (受給者用)

どちらかに  
○印を付けてください

【寝たきり・認知症高齢者】

|   |   | 自己申告 |     | 当課の調査 |     |
|---|---|------|-----|-------|-----|
|   |   | 非課税  | 課税  | 該当    | 非該当 |
| 1 | 主たる生計維持者の市民税は非課税ですか？(同敷地内に居住する世帯も含みます。)   | 非課税  | 課税  | 該当    | 非該当 |
| 2 | 税法上の被扶養者となっていますか？<br>(親族が会社の年末調整や確定申告の際に、あなたを被扶養者として申告していますか。親族にお問い合わせいただきご回答ください。) | いない  | いる  | 該当    | 非該当 |
|   | 扶養者は非課税ですか？(被扶養者の場合)  | 非課税  | 課税  |       |     |
| 3 | 介護保険法第27条の要介護認定が「4」又は「5」ですか？  | はい   | いいえ | 該当    | 非該当 |
| 4 | 公的介護サービスを3か月以上継続して受けていますか？  | はい   | いいえ | 該当    | 非該当 |
|   | サービス開始時期<br>( 年 月 日 )   |      |     |       |     |
| 5 | 生活保護など国や前住所地から医療費助成を受けていますか？  | いない  | いる  | 該当    | 非該当 |
|   | 制度名 ( )   |      |     |       |     |
|   |   |      |     | 判定結果  |     |
|   |   |      |     | 該当    | 非該当 |

必ず同意文に目を通してください

上記内容に相違ありません。

なお、内容について事実と相違があった場合は、公費負担された医療費を返納いたします。

また、認定の可否を行うための市民税課税状況、世帯状況及び介護に関する情報を、北名古屋市が調査することに同意します。

受給者本人の氏名等をご記入ください。

令和 ○年 ○月 ○日

住所 北名古屋市西之保清水田15番地

氏名 北名古屋 太郎

電話番号 (0568) 22 - 1111