

世帯状況・収入等同意書兼調査書

稲沢市長 殿

令和 年 月 日

下記調査項目について、私及び私の属する世帯の市町村民税課税台帳の閲覧及び調査、障害年金等受給に関する関係社会保険事務所又は共済組合の調査及び医療保険の加入状況に関する関係機関の調査に同意します。

住所

氏名

記

【調査項目】(これより下は記入しないでください。)

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況		医療保険の状況
				課税・非課税の別	課税である場合の課税状況	健康保険において、障害者を被扶養者としている
本人				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 均等割 <input type="checkbox"/> 所得割 (税額 円)	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 均等割 <input type="checkbox"/> 所得割 (税額 円)	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 均等割 <input type="checkbox"/> 所得割 (税額 円)	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 均等割 <input type="checkbox"/> 所得割 (税額 円)	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 均等割 <input type="checkbox"/> 所得割 (税額 円)	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者 (本人 分)

2 障害者本人の収入の状況について

(1) 合計所得金額の状況 (公的年金を除く。)

合計所得金額	円	①
--------	---	---

(2) 収入等の状況

区分	種類	収入額 (年収)
稼得等収入	障害年金等 (障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢共済年金等) (2)	円
	特別児童扶養手当等 (特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当) (3)	円

【認定内容】

1 所得区分

生活保護 低所得1 低所得2 中間所得1 中間所得2 一定以上

2 重度かつ継続

該当 非該当

調査員氏名