別紙

豊明市後期高齢者福祉医療（ひとり暮らし）チェックシート

太枠の中をご記入ください

ふりがな 氏名	電話
住所	

市民税に関する課税情報及び資格条件に関する情報を確認されることに同意します。
下記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

	（該当に○印）
・ひとり暮らしである	はい・いいえ
・配偶者がいない	はい・いいえ
・道路をはさんだ隣地に扶養関係となりうる親族（※）がいない	はい・いいえ
・同じ町内会または、同等の行政区単位に相当する範囲に扶養関係となりうる親族（※）がいない	はい・いいえ

	（該当に○印）
・市県民税非課税である	はい・いいえ
・親族の税の被扶養者になっていない	はい・いいえ

	（該当に○印）
・施設に入所していない	はい・いいえ
いいえの場合施設名（　　）	※老健はOK

※健康保険法に定める扶養親族（子、孫、兄弟姉妹）

市役所確認欄			
本人独居確認	住民票確認	親族住所（居）確認	非課税の確認
税扶養の確認	施設入所確認		