

豊明市後期高齢者福祉医療（要介護4・5）チェックシート

太枠の中をご記入ください

ふりがな	電話
氏名	
住所	
<p>下記のとおり相違ありません。</p> <p>下記のとおり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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 要介護状態区分が要介護4・5である 住民登録の住所と同じである (いいえの場合は施設名を記入してください。 施設名) 生計維持者はいない 	<p>(該当に○印)</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>
<ul style="list-style-type: none"> 市県民税非課税である 親族の税の被扶養者になっていない 	<p>(該当に○印)</p> <p>はい・いいえ</p> <p>はい・いいえ</p>
<ul style="list-style-type: none"> 仕送り等を受けていない 	<p>(該当に○印)</p> <p>はい・いいえ</p>
<ul style="list-style-type: none"> 1月1日の住所は豊明市である 代理人が記入する場合は記入してください。 	<p>(該当に○印)</p> <p>はい・いいえ</p>
代理人の氏名	(続柄)
代理人の住所	

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		