

令和5年所得再分配調査調査票

【お願い】

我が国は税制や社会保障制度を通じて所得の移転（所得再分配）が行われております。この調査は、税の負担、社会保障による負担や給付の状況を把握し、所得再分配がどのように機能しているのかを明らかにするために、原則として3年に1度行っています。

この調査でおたずねすることは、生命保険などの昨年1年間に支払った金額や受け取った金額の状況、医療機関への通院又は入院の状況及びお子さんの保育所等の利用状況などのほか、7月13日から8月12日までの1ヶ月の介護サービスの利用の状況などについてです。お答えいただいた内容については、必ず秘密を守りますので、どうかありのままをお答えいただくようお願いいたします。

なお、税の負担、社会保障による負担や給付の状況を把握するためには、上記の項目の他に雇用者所得や年金給付などの所得状況と所得税などの課税状況を把握する必要がありますが、これらにつきましては、できるだけ記入に負担がかからないように、本調査と同時に実施する「国民生活基礎調査（所得票）」のデータを活用させていただくこととしております。

このため、国民生活基礎調査（所得票）についても同様にご回答いただくようお願いいたします。

記入が済んだ調査票は、8月13日以降、調査員が回収に伺った際にお渡しくださるようお願いいたします。

【記入上の注意】

- 調査票は、世帯でひとつですので、世帯を代表する方がまとめてお答えください。
- 質問は、世帯員ごとですが、質問ごとに対象となる方が異なります。記入に当たっては、各質問ごとの記入要領をよくご覧になったうえでお答えください。
- 質問の内容や、その他わからないことがありましたら、調査員がお伺いしたときにおたずねください。

【この欄は、あらかじめ調査員の方が記入してください】

国民生活 基礎調査 地区番号					単位区 番 号		世 帯 番 号	
----------------------	--	--	--	--	------------	--	------------	--

福祉事務所名

調査員氏名

SAMPLE

1 拠出金及び受給金の状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

次の項目について、世帯員の方が、昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）に以下の(3)に該当する金銭を支払ったり、(4)に該当する金銭を受け取ったりした場合は、それぞれの世帯員ごとに、下記の記入要領を参考に1年間の合計額をお答えください。

※ 昨年1年間に、金銭を支払ったり、受け取ったりしていない方は記入の必要はありません。

(1)	性	1男	2女	1男	2女	1男	2女	1男	2女
(2)	出生年月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和	年 月
拠出金	(3) 自動車税・軽自動車税 (事業関係分を除く)	万円		万円		万円		万円	
	(4) 生命保険・損害保険の保険金	万円		万円		万円		万円	

【記入要領】

(1) 性・(2) 出生年月	該当する性、元号の番号を○で囲み、年月を右づめで記入してください。 ※ 各質問ごとの回答を照合するために必要となります。		
(4) 生命保険・損害保険の保険金	生命保険（郵便局（かんぽ生命）の簡易保険を含む。）からの受取金、満期支払金、災害給付金、傷害給付金、入院給付金、配当金等及び火災保険や損害保険からの受取金、自動車損害賠償責任保険の補償金等の合計額を記入してください。		
※ 金額の記入方法	金額の記入に当たっては、千円単位を四捨五入して万円単位で右づめで記入してください。 (拠出金、受給金) 記入例 1円～4,999円の場合 <table><tr><td>0</td></tr></table> 万円 5,000円～1万4,999円の場合 <table><tr><td>1</td></tr></table> 万円	0	1
0			
1			

2 医療の受療状況（この質問は、世帯員の方、全員分の状況を記入してください）

世帯員の方が病気やけがなどのため、昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）に、医療機関（医師または歯科医師）に通院または入院しましたか。通院または入院の有無等について、それぞれの世帯員ごとに、下記の記入要領を参考に(5)～(9)についてお答えください。

※ 正確な日数の確認ができない場合は、おおよその日数でかまいません。

(5)	性	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
(6)	出生年月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月
(7)	医療機関に通院 又は入院の有無	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない
(8)	治療費 支払方法	被用者保険	被用者保険	被用者保険	被用者保険
		1 本人（被保険者）	1 本人（被保険者）	1 本人（被保険者）	1 本人（被保険者）
		2 家族（被扶養者）	2 家族（被扶養者）	2 家族（被扶養者）	2 家族（被扶養者）
		3 国民健康保険	3 国民健康保険	3 国民健康保険	3 国民健康保険
	公費負担	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度
		5 医療扶助（生活保護法）	5 医療扶助（生活保護法）	5 医療扶助（生活保護法）	5 医療扶助（生活保護法）
(9)	通院した日 （歯科以外）	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
	通院した日 （歯科）	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
(9)	入院した日	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
	入院した日	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間

【記入要領】	
(5) 性・(6) 出生年月	(5)～(7)は全員について記入します。 該当する性、元号の番号を○で囲み、年月を右づめで記入してください。 ※ 各質問ごとの回答を照合するために必要となります。
(7) 医療機関に通院 又は入院の有無	該当する項目の番号を○で囲んでください。

(5)	性	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
(6)	出生年月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月	1 明治 年 月 2 大正 年 月 3 昭和 年 月 4 平成 年 月 5 令和 年 月
(7)	医療機関に通院 又は入院の有無	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない	1 ある → (8)及び(9)に お答えください。 2 ない
(8)	治療費 支払方法	被用者保険	被用者保険	被用者保険	被用者保険
		1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）	1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）	1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）	1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）
		3 国民健康保険	3 国民健康保険	3 国民健康保険	3 国民健康保険
		4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度	4 後期高齢者医療制度
(9)	公費負担	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他の公費負担	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他の公費負担	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他の公費負担	5 医療扶助(生活保護法) 6 その他の公費負担
(9)	通院した日 (歯科以外)	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
	通院した日 (歯科)	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間
	入院した日	() 日間	() 日間	() 日間	() 日間

(7)で「1 ある」と答えた人について、(8) 及び(9)に記入します。

(8) 治療費支払方法

該当する項目の番号を○で囲んでください。

医療保険負担の「被用者保険」は、全国健康保険協会管掌健康保険、組合管掌健康保険、共済組合、船員保険が含まれます。（被用者保険の場合は「本人」と「家族」を区分してください。）

公費負担の「医療扶助」は生活保護法によるもの、「その他の公費負担」には、感染症法、精神保健福祉法、児童福祉法、身体障害者福祉法、障害者総合支援法、戦傷病者特別援護法、母子保健法等によるもの及び地方公共団体単独実施に係るものが含まれます。

医療保険負担と公費負担が重複している場合は、それぞれの番号を○で囲んでください。

(9) 昨年1年間の日数

昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）に医療機関にかかった日数を、「通院した日（歯科以外）」、「通院した日（歯科）」、「入院した日」別に記入してください。

3 介護の給付状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

要支援もしくは要介護認定を受けている世帯員の方が、令和5年7月13日から8月12日までの1ヶ月間に、介護保険制度による介護の給付（要支援1～2の者が受ける介護予防・日常生活支援総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービスを含む。）を受けられた場合は、受けられた方ごとに、下記の記入要領を参考に(10)～(13)についてお答えください。

(10)	性	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女				
(11)	出生年月	1 明治 2 大正 3 昭和	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和	年 月				
(12)	介護の給付状況	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5	I 要支援1 II 要支援2 III 要介護1 IV 要介護2 V 要介護3 VI 要介護4 VII 要介護5				
(13)	令和5年 7月～8月	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日	居宅サービス 利用日	施設サービス 利用日	地域密着型 サービス 利用日
介護 利用 日	7月13日(木)												
	14日(金)												
	15日(土)												
	16日(日)												
	17日(月)												
	18日(火)												
	19日(水)												
	20日(木)												
	21日(金)												
	22日(土)												
	23日(日)												
	24日(月)												
	25日(火)												
	26日(水)												
	27日(木)												
	28日(金)												
	29日(土)												
	30日(日)												
	31日(月)												
	8月1日(火)												
	2日(水)												
	3日(木)												
	4日(金)												
	5日(土)												
6日(日)													
7日(月)													
8日(火)													
9日(水)													
10日(木)													
11日(金)													
12日(土)													

【記入要領】

(10)性・(11)出生年月

該当する性、元号の番号を○で囲み、年月を右づめで記入してください。
※ 各質問ごとの回答を照合するために必要となります。

(12)介護の給付状況

介護の給付を受けた場合には、介護保険被保険者証の「要介護状態区分等」に記載されている要支援・要介護状態区分に該当する項目の番号を○で囲んでください。

(13)介護利用日

居宅サービス、施設サービス及び地域密着型サービスを利用したときは、利用した日のところに○を記入してください。要支援1～2の者が受ける介護予防・日常生活支援総合事業のうち、訪問型サービス、通所型サービスについては、居宅サービス利用日の欄に記入してください。
・居宅サービスとは、通所介護(デイサービス)、通所リハビリテーション(デイケア)、短期入所生活介護(ショートステイ)、訪問介護(ホームヘルプサービス)、訪問看護等をいいます。
・施設サービスとは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院の利用をいいます。
・地域密着型サービスとは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)等の利用をいいます。

4 保育所等の利用状況（この質問は、該当する世帯員の状況のみ記入してください）

昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）に、施設型給付の対象施設（児童福祉法による保育所（認可保育所）・認定こども園・幼稚園）又は地域型保育給付の対象事業（家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業）を利用されたお子さんが世帯にいる場合には、それぞれのお子さんごとに、下記の記入要領を参考に(14)～(18)にお答えください。

※ 子どものための教育・保育給付に係る市区町村の認定を受けられた方のみお答えください。

（私学助成を受けている幼稚園や認可外保育施設等を利用された方は、上記の認定を受けていないため、記入の必要はありません。）

(14) 性	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
(15) 出生年月	1 平成 年 月 2 令和 年 月	1 平成 年 月 2 令和 年 月	1 平成 年 月 2 令和 年 月	1 平成 年 月 2 令和 年 月
(16) 認定区分 （子どものための教育・保育給付）	1 1号認定 2 2号認定 3 3号認定	1 1号認定 2 2号認定 3 3号認定	1 1号認定 2 2号認定 3 3号認定	1 1号認定 2 2号認定 3 3号認定
(17) 利用したサービス	(施設型給付) 1 保育所（認可保育所） 2 認定こども園・幼稚園 (地域型保育給付) 3 家庭的保育事業 4 小規模保育事業 5 居宅訪問型保育事業 6 事業所内保育事業	(施設型給付) 1 保育所（認可保育所） 2 認定こども園・幼稚園 (地域型保育給付) 3 家庭的保育事業 4 小規模保育事業 5 居宅訪問型保育事業 6 事業所内保育事業	(施設型給付) 1 保育所（認可保育所） 2 認定こども園・幼稚園 (地域型保育給付) 3 家庭的保育事業 4 小規模保育事業 5 居宅訪問型保育事業 6 事業所内保育事業	(施設型給付) 1 保育所（認可保育所） 2 認定こども園・幼稚園 (地域型保育給付) 3 家庭的保育事業 4 小規模保育事業 5 居宅訪問型保育事業 6 事業所内保育事業
(18) 保育所等の利用状況	利用期間 月 利用料（年額） 万円	利用期間 月 利用料（年額） 万円	利用期間 月 利用料（年額） 万円	利用期間 月 利用料（年額） 万円

【記入要領】

(14)性・(15)出生年月	該当する性、元号の番号を○で囲み、年月を右づめで記入してください。 ※ 各質問ごとの回答を照合するために必要となります。												
(16)認定区分	施設型給付や地域型保育給付の対象施設を利用する際に必要となる、お住まいの市区町村から受ける「認定」のことです。支給認定証/通知書の認定区分をご確認の上、該当する番号を○で囲んでください。昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）に認定区分を変更された場合は、変更後の認定区分を選んでください。（認定証/通知書の例は次ページをご確認ください。） 各認定区分の該当基準や給付を受ける施設・事業については、下表を参考にしてください。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>認定区分</th> <th>認定の基準</th> <th>給付を受ける施設・事業</th> </tr> <tr> <td>1号認定</td> <td>満3歳以上の小学校就学前の子どもであって、2号認定の子ども以外のもの</td> <td>幼稚園 認定こども園</td> </tr> <tr> <td>2号認定</td> <td>満3歳以上の小学校就学前の子どもであって、保護者の就労、出産、疾病等の理由により、保育の必要性に該当する子ども</td> <td>認可保育所 認定こども園</td> </tr> <tr> <td>3号認定</td> <td>満3歳未満の小学校就学前の子どもであって、保護者の就労、出産、疾病等の理由により、保育の必要性に該当する子ども</td> <td>認可保育所 認定こども園 家庭的保育事業 小規模保育事業 居宅訪問型保育事業 事業所内保育事業</td> </tr> </table>	認定区分	認定の基準	給付を受ける施設・事業	1号認定	満3歳以上の小学校就学前の子どもであって、2号認定の子ども以外のもの	幼稚園 認定こども園	2号認定	満3歳以上の小学校就学前の子どもであって、保護者の就労、出産、疾病等の理由により、保育の必要性に該当する子ども	認可保育所 認定こども園	3号認定	満3歳未満の小学校就学前の子どもであって、保護者の就労、出産、疾病等の理由により、保育の必要性に該当する子ども	認可保育所 認定こども園 家庭的保育事業 小規模保育事業 居宅訪問型保育事業 事業所内保育事業
認定区分	認定の基準	給付を受ける施設・事業											
1号認定	満3歳以上の小学校就学前の子どもであって、2号認定の子ども以外のもの	幼稚園 認定こども園											
2号認定	満3歳以上の小学校就学前の子どもであって、保護者の就労、出産、疾病等の理由により、保育の必要性に該当する子ども	認可保育所 認定こども園											
3号認定	満3歳未満の小学校就学前の子どもであって、保護者の就労、出産、疾病等の理由により、保育の必要性に該当する子ども	認可保育所 認定こども園 家庭的保育事業 小規模保育事業 居宅訪問型保育事業 事業所内保育事業											
(17)利用したサービス	地域型保育給付とは、0～2歳を対象とした、定員が19人以下の小規模な保育施設で保育を行うもので、以下のサービスを利用した場合、該当する番号を○で囲んでください。昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）に利用したサービスを変更された場合は、変更後のサービスを選んでください。 家庭的保育事業：定員5名以下で、保育の技術をもつ保育者（保育ママ）の自宅等で保育を行う事業 小規模保育事業：定員6～19名の比較的小さな保育施設で保育を行う事業 居宅訪問型保育事業：保育ママが保育を必要とする子どもがいる家庭へ行き、保育を行う事業（定員1名で、保護者の自宅にて行う1対1の保育） 事業所内保育事業：企業等が設置する保育施設で保育を行う事業。主として従業員のほか、地域において保育を ※1 私学助成を受けている幼稚園は含みません。また、地域に認定区分に対応する施設がない場合など、市区町村が必要と認める場合には、特例として、上記の認定区分に対応した施設以外を利用している場合もあります。 ※2 私学助成を受けている幼稚園の利用料、幼稚園や認定こども園の預かり保育の利用料、認可外保育施設等の利用料等の無償化のために必要となる「認定」とは異なるものです。 ※3 事業所内保育事業については、定員制限はありません。 ※4 企業等が設置する施設には、地域型保育給付としての事業所内保育事業とは別に、認可外保育施設（企業主導型保育事業を含む。）がありますが、認可外保育施設を利用された場合については、記入の必要はありません。												
(18)保育所等の利用状況	利用があった場合には、昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月中）の利用期間及び利用料の年額をそれぞれ記入してください。なお、利用期間については、利用実績がなかった月は含めないでください。昨年1年間（令和4年1月～令和4年12月）に認定区分やサービスを変更された場合は、昨年1年間における変更前と変更後の利用期間を合算して記入してください（最大12ヶ月）。 利用料については、施設に実費徴収される食材料費等は含めないでください。また、新型コロナウイルス感染症流行に伴う利用料の日割り減免を受けた場合は減免後の額を記入してください。（自治体によっては、上記の対象期間から遅れて請求されることがありますが、上記期間内の利用にかかる利用料を記入してください。） 金額の記入に当たっては、千円単位を四捨五入して万円単位で右づめで記入してください。 ※延長保育や幼稚園の預かり保育にかかる金額は除いてください。												

子どものための教育・保育給付支給認定証/通知書（例）

年 月 日

様

〇〇市長 印

子ども・子育て支援法第20条第1項の規定による教育・保育給付認定の申請に基づき、次のとおり教育・保育給付認定したことを証明します。

支給認定証番号		
保 護 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
子 ど も	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
教育・保育給付 認 定 区 分		
保 育 の 必 要 性 の 事 由		
保 育 必 要 量		
有 効 期 間		

•

•

•

(16)認定区分欄には、上記（例）のような子どものための教育・保育給付支給認定証/通知書の教育・保育給付認定区分に記載されている認定をご参照ください。

なお、子どものための教育・保育給付支給認定証や通知書の様式はお住いの市区町村によって細部に違いがございます。

ご協力ありがとうございました。