

## 平成29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、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、皆様方にとって、できるだけ記入に負担がかからないように、今回、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、調査員が回収に向った際にお渡しくさるようお願ひいたします。

### 【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】

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（平成28年中）に以下の(3)～(5)に該当する金銭を支払ったり、(6)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	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月
拠出金	(3) 生命保険・損害保険の掛金	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円
	(4) 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	万円	万円	万円
	(5) 仕送り（継続的に送っていたもの）	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円
受給金	(6) 生命保険・損害保険の保険金	万円	万円	万円	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。 <b>※ 各質問ごとの回答を照合するために必要となります。</b>
(6) 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。
<b>※ 金額の記入方法</b>	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記入してください。

## 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（平成28年中）に、医療機関（医師または歯科医師）に通院又は入院しましたか。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(7)～(11)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。

(7) 性	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女
(8) 出生年月	1 明治 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		1 明治 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		1 明治 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		1 明治 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
(9) 医療機関に通院又は入院の有無	1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない		1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない		1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない		1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない	
(10) 治療費支払方法	被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）		被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）		被用者保険 1 本人（被保険者） 2 家族（被扶養者）		被用者保険 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	
	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	
(11) 昨年1年間の日数	通院した日（歯科以外）	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	
	通院した日（歯科）	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	
	入院した日	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間	

### 【記入要領】

(7) 性・(8) 出生年月	(7)～(9)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。
(9) 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。

(7) 性	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
(8) 出生年月	1 明治 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	1 明治 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	1 明治 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	1 明治 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 2 大正 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 3 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 4 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(9) 医療機関に通院又は入院の有無	1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない	1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない	1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない	1 ある → (10)及び(11)にお答えください。 2 ない
(10) 治療費支払方法	被用者保険 1 本人 (被保険者) 2 家族 (被扶養者)	被用者保険 1 本人 (被保険者) 2 家族 (被扶養者)	被用者保険 1 本人 (被保険者) 2 家族 (被扶養者)	被用者保険 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
	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
(11) 昨年1年間の日数	通院した日 (歯科以外)	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間
	通院した日 (歯科)	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間
	入院した日	( ) 日間	( ) 日間	( ) 日間

(9)で「1 ある」と答えた人について、(10)及び(11)に記入します。

(10) 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。

(11) 昨年1年間の日数

昨年1年間(平成28年中)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、平成29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(12)～(15)についてお答えください。

(12) 性	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女	1 男	2 女					
(13) 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					
(14) 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						
(15) 介護利用日	平成29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
	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】

(12)性・(13)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。
(14)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。  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。
(15)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。 ・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（平成28年中）に、児童福祉法による保育所（認可保育所）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(16)～(18)にお答えください。

(16) 性	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女	1 男 2 女
(17) 出生年月	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
(18) 保育所の利用状況	利用期間 <input type="text"/> ケ月 保育料（年額） <input type="text"/> 万円	利用期間 <input type="text"/> ケ月 保育料（年額） <input type="text"/> 万円	利用期間 <input type="text"/> ケ月 保育料（年額） <input type="text"/> 万円	利用期間 <input type="text"/> ケ月 保育料（年額） <input type="text"/> 万円

#### 【記入要領】

(16) 性・(17) 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。 <b>※ 各質問ごとの回答を照合するために必要となります。</b>
(18) 保育所の利用状況	利用があった場合には、昨年1年間（平成28年中）の利用期間及び保育料の年額をそれぞれ記入してください。 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記入してください。

ご協力ありがとうございました。