

補問26-1 あなたは過去2年間に、下記のがん検診を受けましたか。
 あてはまるすべての番号に○をつけてください。

- | | |
|---|--|
| 1 | 子宮がん（子宮頸がん）検診（子宮の細胞診検査など） |
| 2 | 乳がん検診（マンモグラフィ撮影や乳房超音波（I ² -）検査など） |
| 3 | 1～2は受けていない |

40未満の方は質問34（所得の質問）へ。40歳以上の方は続けてお答えください。

質問27 要介護認定の有無
 ※ 実際にサービスを受けているかどうかは問いません。

1	受けている	2	受けていない	→ 質問34（所得の質問）へ
---	-------	---	--------	----------------

質問28 調査日現在の要介護度の状況をお答えください。
 あてはまる番号1つに○をつけてください。
 ※ 介護保険被保険者証等を参考に記入してください。

1	要支援1	2	要支援2	3	要介護1	4	要介護2	5	要介護3	6	要介護4	7	要介護5
---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------	---	------

質問29 介護が必要となった原因は何ですか。
 あてはまるすべての番号に○をつけ、かつ、その中で主な原因である番号1つを主な原因欄に記入してください。

01	脳血管疾患（脳卒中）… 脳出血、脳こうそく、くも膜下出血、その他の脳血管疾患及びその後遺症など
02	心疾患（心臓病）… 狭心症、心筋こうそく、不整脈、心筋炎、その他の心臓疾患
03	悪性新生物（がん）… すべての部位のがん（白血病を含む）及び肉腫
04	呼吸器疾患… 肺気腫、肺炎、気管支炎、胸膜疾患など
05	関節疾患… 関節リウマチ、何らかの原因による関節炎、関節症、腰痛症
06	認知症… 認知症（アルツハイマー病等）
07	パーキンソン病
08	糖尿病… 糖尿病及び糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症などの合併症
09	視覚・聴覚障害… 緑内障、網膜はくり、難聴など
10	骨折・転倒… 屋内外を問わず、何らかの原因で骨折又は転倒したもの
11	脊髄損傷… 外傷に伴って脊髄の挫傷、断裂、血行障害により脊髄の機能が傷害されたもの
12	高齢による衰弱… 特にこれといった病気と診断されていないものの、老いて体の機能が衰弱したもの
13	その他… 具体的に記入してください
14	わからない

○をつけた中で主なもの1つ →

主な原因	<input type="text"/>	番
------	----------------------	---

次頁に続きます。

質問30 介護をしている時間が最も長い方について、以下の(1)～(5)にその状況をお答えください。
 それぞれあてはまる番号1つに○をつけてください。
 ※(5)介護時間については、介護の頻度が毎日でなく、数日に1度の場合は「5 その他」に○をつけてください

(1) 介護が必要な方(本人)からみた続柄	1 配偶者 2 子 3 子の配偶者 4 父母 5 その他の親族 6 事業者(ホームヘルパー等) 7 その他
(2) 同別居の状況	1 同居している 2 同居していない
(3) 性	1 男 2 女
(4) 年齢	1 19歳以下 2 20～29歳 3 30～39歳 4 40～49歳 5 50～59歳 6 60～69歳 7 70～79歳 8 80歳以上
(5) 介護時間(1日平均)	1 ほとんど終日 2 半日程度 3 2～3時間程度 4 必要なときに手をかす程度 5 その他

質問31 次のような介護を受けていますか。また、どなたから受けていますか。
 受けている介護内容のすべての番号に○をつけ、それぞれの介護についてどなたから受けているかあてはまるすべての番号に○をつけてください。

介護内容	事業者 (ホームヘルパー等) による介護	家族等による 介護		介護内容	事業者 (ホームヘルパー等) による介護	家族等による 介護	
		主に介護 する者	その他の者			主に介護 する者	その他の者
01 洗顔	1	2	3	09 食事の準備・後始末 (調理を含む)	1	2	3
02 口腔清掃(はみがき等)	1	2	3	10 食事介助	1	2	3
03 身体の清拭(体をふく)	1	2	3	11 服薬の手助け	1	2	3
04 洗髪	1	2	3	12 散歩	1	2	3
05 着替	1	2	3	13 掃除	1	2	3
06 入浴介助	1	2	3	14 洗濯	1	2	3
07 体位交換・起居 (寝返りや体を起こす等)	1	2	3	15 買い物	1	2	3
08 排泄介助	1	2	3	16 話し相手	1	2	3

質問32 ●月中に利用した介護サービス(全額自己負担を含む)について、利用したサービスのすべての番号に○をつけてください。

サービスの種類 (1～5は介護保険制度によるサービスをいいます)	
1	訪問系サービス 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
2	通所系サービス 通所介護、通所リハビリテーション、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護
3	短期入所サービス 短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護
4	居住系サービス(グループホーム) 認知症対応型共同生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護
5	小規模多機能型サービス等 小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、複合型サービス (訪問看護及び小規模多機能型居宅介護)
6	配食サービス
7	外出支援サービス
8	寝具類等洗濯乾燥消毒サービス

次頁に続きます。

質問33 質問32の1～5のサービスを受けない理由は何ですか。

あてはまるすべての番号に○をつけてください。

- | | |
|----|-------------------------|
| 01 | 家族介護でなんとかやっけていける |
| 02 | 介護が必要な者（本人）でなんとかやっけていける |
| 03 | 他人を家に入れたくない |
| 04 | 外出するのが大変 |
| 05 | どのようなサービスがあるかわからない |
| 06 | サービスを受ける手続きがわからない |
| 07 | 利用者負担が払えない |
| 08 | 受けないサービスがない |
| 09 | 入院していた |
| 10 | その他 具体的に記入してください〔 〕 |

**昨年1年間に所得・課税等のなかった方は質問終了です。
所得・課税等のあった方は続けてお答えください。**

昨年1年間（平成●年1月1日～12月31日）に何らかの所得を受け取った場合は、9及び11ページの所得の種類ごとに、1年分の所得金額を万円単位で記入してください。所得のなかった方で課税等の支出のあった方は、14ページへお進みください。

右ページの書類をお持ちの方は参考にしてください。

【金額記入の注意】

- 万円未満は四捨五入して、万円単位で右づめに記入してください。
（1～4,999円は「0万円」、5,000～14,999円は「1万円」）
- 生命保険の受取金、退職金、不動産や株の売却代金、宝くじの当せん金などの一時的なものは含みません。

質問34

あなたは昨年1年間（平成●年1月～12月）に何らかの所得を受け取りましたか。

受け取った所得の種類ごとに金額を記入してください。

雇用者所得 01 万円
億 千 百 十 一

事業所得 02 万円
億 千 百 十 一

農耕・畜産所得 03 万円
億 千 百 十 一

家内労働所得 04 万円
億 千 百 十 一

財産所得 05 万円
億 千 百 十 一

1年分の所得金額がわからないときは、1か月の収入の1.2倍にボーナス分を加えるなどして、1年分の金額を計算して記入してください。

働いて得た所得

勤め先から受け取った給料、賃金、賞与（ボーナス）を合わせた税込み金額を記入してください。アルバイト等による所得も含まれます。

【参考書類】源泉徴収票 [原本又は写し] 給与明細書

事業（農耕・畜産以外）による収入から、仕入額、従業員に対する給与などの必要経費を差し引いた所得金額を記入してください。漁業・林業による所得を含みます。

【参考書類】確定申告書 [控]

農業や畜産業による収入（自家消費分を含む。）から、肥料代、農薬代、家畜・家さんの購入費、雇い人の賃金などの必要経費を差し引いた所得金額を記入してください。

【参考書類】確定申告書 [控]

注文主からの委託を受けて、品物の製造や加工等（校正業務やワープロ入力などを含む。）を行って得た所得から必要な経費を差し引いた所得金額を記入してください。

財産による所得

家屋や土地を貸すことによって得た所得や、預貯金、公社債、株式などから得られた利子、配当金（源泉分離課税分を含む。）の合計額を記入してください。家や土地の売却代金、引き出した預貯金、生命保険・損害保険からの受取金を除きます。

【参考書類】確定申告書 [控] 取引口座の通帳、配当金領収書など

給与所得者の方

⇒ 平成●年分 給与所得の源泉徴収票 [原本又は写し] を参考にしてください。

平成 00 年分 給与所得の源泉徴収票										
支払を受ける者	住所又は居所	氏名	(電話番号)	(フリガナ)	(役職名)	給与所得控除後の金額	所得控除の合計額	源泉徴収税額	種別	内
支払者	住所(居所)又は所在地	氏名又は名称	(電話番号)	税則	建退	年	月	日	月	日

支	払	金	額
内		千	円

『雇用者所得』欄へ記入

確定申告を行った方

⇒ 平成●年分の所得税の確定申告書 [控] を参考にしてください。

平成 00 年分の所得税の 申告書B	
収入金額等	金額
給与	
配当	
所得金額	
事業(営業等)	
事業(農業)	
不動産	
利子	
配当	
所得から差し引かれる金額	
基礎控除	0000
合計	

※ この様式は、申告書B 第一表です。

給 与 ①

『雇用者所得』欄へ記入

※ 申告書Aでは、給与⑦欄になります。

事業(営業等)	①	
事業(農業)	②	
不動産	③	
利子	④	
配当	⑤	

- 事業(営業等) ① ⇒ 『事業所得』欄へ記入
- 事業(農業) ② ⇒ 『農耕・畜産所得』欄へ記入
- 不動産 ③ } ⇒ 『財産所得』欄へ記入
- 利子 ④ }
- 配当 ⑤ }

※ 申告書Aでは、配当は③欄になります。

【注意】 源泉分離課税された「利子」「配当」のあった方は、源泉分離課税分を含めた「利子」等も『財産所得』欄に記入してください。

質問34 (つづき)

公的年金・恩給 06 万円
千 百 十 一

雇用保険 07 万円
千 百 十 一

児童手当等 08 万円
千 百 十 一

その他の
社会保障給付金 09 万円
千 百 十 一

仕送り 10 万円
千 百 十 一

企業年金・
個人年金等 11 万円
千 百 十 一

その他の所得 12 万円
千 百 十 一

公的年金・恩給による所得

国民年金、基礎年金、厚生年金（厚生年金基金からの年金を含む。）、共済年金、福祉年金、恩給などからの受取額を記入してください。【参考書類】年金振込通知書など

1支払期（2か月）分しか受給額がわからないときは、その金額を6倍するなどして、1年分の金額を記入してください。

公的年金・恩給以外の 社会保障給付金による所得

雇用保険法の失業等給付の受取額（育児休業給付、介護休業給付を含む。）を記入してください。

【参考書類】雇用保険受給資格者証

児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当、児童育成手当などの児童に関する社会保障給付金の受取額を記入してください。

生活保護法による扶助、医療保険による傷病手当金・出産手当金、労働者災害補償保険などその他法令に基づく支給金の受取額を記入してください。

仕送りによる所得

定期的又は継続的に送られてきた金品の額を記入してください。品物は、時価に換算した額を記入してください。

単身赴任者を送り出している世帯で、単身赴任者の口座から生活費等として定期的に引き出している場合は、その金額をこちらの欄に記入してください。

企業年金・ 個人年金等による所得

企業年金、生命保険会社・かんぽ生命・銀行・証券会社などの個人年金及び年金型商品、国民年金基金、農業者年金などからの受取額を記入してください。

厚生年金基金からの年金は、「公的年金・恩給」に記入してください。

その他の所得

上記以外の冠婚葬祭の金、各種祝い金、せん別、見舞金などの受取額を記入してください。

退職金、宝くじの当せん金などは含みません。