

七飯町福祉灯油等助成事業チェック表

☆次の設問を順番に答えてください。

福祉灯油等助成事業の対象世帯です	Q 1 あなたの世帯は生活保護を受けていませんか？	「はい」 受けていません	「いいえ」 受けています	福祉灯油等助成事業の対象世帯になりません
	Q 2 あなたの世帯は全員市区町村民税非課税世帯ですか？	「はい」 全員非課税です	「いいえ」 課税世帯です	
	Q 3 あなたは市区町村民税が課税されている方と同居していませんか？	「はい」 同居していません	「いいえ」 同居しています	
	Q 4 あなたは施設に長期入所、または病院に長期入院していませんか？	「はい」 入所・入院していません	「いいえ」 入所・入院しています	
	Q 5 あなたの世帯は全員65歳以上の方だけで構成されていますか？	「はい」 全員65歳以上です	「いいえ」 65歳未満の家族がいる	
	Q 6 あなたの世帯に身体障害者手帳1級又は2級の方、精神障害者保健福祉手帳1級の方又は療育手帳A判定の方がいますか？	「はい」 います	「いいえ」 いません	
	Q 7 あなたの世帯はひとり親家庭等医療費受給者証を交付されていますか？	「はい」 交付されています	「いいえ」 交付されていません	