

生 活 状 況 調 査 書

記 号 番 号	—
被 保 険 者 名	(印)
認 定 対 象 者 名	

当該認定対象者にかかる1ヵ月当たりの生計費について調査し、主たる生計費は被保険者が負担していることを確認します。

	当 該 認 定 対 象 者 に か か る 費 用		う ち 被 保 険 者 が 負 担 し て い る 額		う ち 認 定 対 象 者 が 負 担 し て い る 額	
水 道 光 熱 費						
通 信 費						
食 費						
被 服 費						
年 金						
生命保険・共済等						
交 際 費						
小 遣 い						
計	A +	B	A		B	

※当該認定対象者に収入がある場合、認定対象者負担欄の縦計(B欄)はその収入と同額。
 ※月によりかかる費用で高低が生じるものは年間の1／12を記入。
 ※この用紙は、必ず被保険者が記入願います。