

社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請に係る収入申告書

年 月 日

(宛先) 見附市長

申告者氏名

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請にあたり、____年の収入について私及び世帯員全員の収入等について下記のとおり申告します。

◇本人の収入状況

被保険者番号		フリガナ		
		被保険者氏名		
住所	〒 _____ 電話 _____			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
年金収入	老齢年金、国民年金等の課税年金額			円
	老齢福祉年金額			円
	障害者年金、遺族年金等の非課税年金額			円
その他の収入	不動産収入			円
	農業収入			円
	その他収入（給与、仕送り等）			円
預貯金額				円

・以下については、該当するところに○を付けてください。

住居以外の活用できる資産	有 ・ 無		
扶養状況	税法上の扶養	扶養になっている ・ 扶養になっていない	
	医療保険証	後期高齢者医療 ・ 国民健康保険 ・ 社会保険	
介護保険料収納状況	未納有 ・ 未納無		

裏面も記入してください。

◇世帯員全員の状況

世帯員氏名	収入金額	預貯金額	住居以外の活用 できる資産
	円	円	有 ・ 無
	円		
	円	円	有 ・ 無
	円		
	円	円	有 ・ 無
	円		
	円	円	有 ・ 無
	円		
	円	円	有 ・ 無
	円		

【添付書類】

- 1 ・ 収入を確認できる源泉徴収票、年金証書、確定申告書などの写し
- 2 ・ 世帯員全員の預貯金通帳
- 3 ・ 被保険者の加入している医療保険証