社会福祉法人等による利用者負担軽減制度に係る収入等申告書

１．収入の状況（**平成　　年1月1日～平成　　年12月31日までの収入**）

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯員の氏名 | 年間収入額（円） |
| 年金収入 | 給与収入 | 事業収入 | 仕送り | その他 | 計 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

※年金収入・・・・国民年金(老齢、障害、遺族)、老齢福祉年金

について記入してください。

厚生年金(老齢、障害、遺族)

共済年金(老齢、障害、遺族)

※その他・・・・・一時所得・恩給・手当等による収入を記入してください。

**添付書類　世帯員全員の「勤務先の給与明細又は、各種年金、手当、保険等の支払通知書」を必ず添付してください。**

２．資産の状況

（１）預貯金・有価証券**（世帯員全員の預金通帳を持参してください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 預貯金 | 預貯金先（金融機関名） | 名義人 | 預貯金額 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 有価証券・債券 | 種類 | 名義人 | 評価額 |
|  |  |  |
|  |  |  |

（２）土地・建物・その他の資産

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類（用途） | 所在地又は品名等 | 所有者氏名 | 評価額 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３．扶養の状況

該当する項目に○をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （1）あなたは、同居していない方の市町村民税における扶養控除対象者となっていますか | 1．いない2．いる | [2]の場合は、その方の住所・氏名を記入してください。 |
| （2）あなたの加入している健康保険の被保険者は誰ですか | 1．本人、同居家族2．その他 | [2]の場合は、その方の住所・氏名を記入してください。 |
| （3）あなたの公共料金（電気・ガス・水道等）は誰が負担していますか。 | 1．本人、同居家族2．その他 | [2]の場合は、その方の住所・氏名を記入してください。 |

上記のとおり、相違ありません。

また、必要がある場合には、世帯の収入・預貯金・資産の状況について調査することに同意します。

　平成　　年　　月　　日

　　住　所

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞