

世帯状況・収入申告書

高千穂町長 甲斐宗之 様

申告年月日 令和 年 月 日

申告者(保護者) 住所

(保護者) 氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申請者			本人	課税	非課税
世帯主				課税	非課税
世帯員				課税	非課税
				課税	非課税

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種類	収入額
稼得等収入	年金等 障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	その他年金等収入(雇用保険による失業等給付、健康保険の傷病手当、その他地方公共団体が支給するもののうち公的年金に相当するものとして市町村が判断するもの)	円
就労	工賃等収入	円
	その他就労収入()	円
その他の収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他就労収入()	円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

同 意 書

介護給付費、訓練等給付費、児童通所給付費、特定障害者特別給付費等利用者負担額減額・免除等の決定に際し必要があるときは、私及び私の世帯員に係る所得及び課税の状況について、官公署に調査を囑託し、または地方税法に基づく町県民税の課税台帳、固定資産の課税台帳により確認されること、および年金受給状況、健康保険情報、介護保険情報を関係機関に確認されることについて同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____