

# 収入等申告書

年 月 日

高岡市長 あて

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象確認の申請を行うにあたり、次のとおり申告します。

申告内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届け出ます。また、申告内容に相違があった場合にはこの申請に基づいて行われる軽減を取り消されても異議を申し立てません。

被保険者	氏名	被保険者番号											
	住所	〒 -	生年月日	明・大・昭 年 月 日									
		電話番号 ( ) -											
代筆者	氏名	代筆理由											
	住所	〒 -	電話番号 ( )									本人との続柄	

## 【世帯の収入・預貯金等】

被保険者を含め世帯全員の収入・預貯金等について記入してください。

- ・この欄に記載いただく収入は全て前年1月～12月分の収入です。(1月～6月の申請については、前々年1月～12月分の収入となります。)必要経費や各種の控除がなされる前の収入をご記入ください。
- ・「収入の種類」とは、「年金」「給与」「不動産」「事業」「利子」「譲渡」等をいいます。
- ・年金の場合には、証書ごとにご記入ください。(例: 老齢基礎年金〇〇円、遺族基礎年金〇〇円 等)

氏名	被保険者との続柄	収入の有無	収入の種類	収入の額 (年間の金額)	預貯金等の有無	預貯金等の額
		有・無			有・無	
		有・無			有・無	
		有・無			有・無	
		有・無			有・無	
		有・無			有・無	
合計					合計	

## 【資産】

被保険者を含め世帯全員の所有の資産について記入してください。

- ・居住用以外の土地、家屋を所有する場合には、「所在地または内容」欄に「〇〇市〇〇町(駐車場)」等のご記入ください。また処分できない理由を記入してください。

種別	所有	所有者氏名	所在地または内容	処分できない理由
土地	居住用	有・無		
	その他	有・無		
家屋	居住用	有・無		
	その他	有・無		

