社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認収入状況等申告書

令和　　　年　　　月　　　日

（あて先）

甲府市長

申請者

（被保険者）

住所

氏名　　　　　　 　　　　 ㊞

令和　　　年中の私、私の配偶者（内縁関係の者を含む。）及び私の属する世帯全員及

び扶養義務者の収入等について、次のとおり申告します。

**１　私の収入等の状況**

**①　年金以外の収入・所得**

なし　　　　　　　　　あり　　　（以下に記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入・所得の種類 | 収入年額 | 必要経費 | | 所得額 |
|  |  |  | | 円 |
|  |  |  | | 円 |
| * 内容のわかる書類（申告書・源泉徴収票等）のコピーを添付 | | | **計（①）** | 円 |

◆収入・所得の種類◆

給与収入　事業（農業・小売業・サービス業等）所得　不動産所得　その他所得

**②　年金収入等**

なし　　　　　　　　　あり　　　（以下に記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◆年金の種類◆ | 年金の種類 | 年間受給額 |
| 国民年金　老齢福祉年金　厚生年金 |  | 円 |
| 共済年金　農業者年金　遺族年金 |  | 円 |
| 恩給　障害年金　その他年金 | **計（②）** | 円 |

※　内容の分かる書類（公的年金等の源泉徴収票・振込み口座の通帳等）のコピーを添付

**③　その他の収入〔仕送り・援助金等（施設への支払いを含む。）〕**

なし　　　　　　　　　あり　　　（以下に記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 住所 | 続柄 | 電話番号 | 年間総額 |
|  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  | 円 |
|  | | **計（③）** | | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（ア）** | **私の収入合計**  **（① ＋ ② ＋ ③）** | 円 |

**２　私以外の世帯全員の所得・年金収入**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 前年中の所得（年金を除く。） | | 前年中の年金収入 | |
| 所得の種類 | 金額 | 年金の種類 | 金額 |
|  |  |  | 円 |  | 円 |
|  |  |  | 円 |  | 円 |
|  |  |  | 円 |  | 円 |
|  | **（イ）** | 私以外の世帯員の所得・年金収入合計 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **世帯全員の収入合計**  **（ア）＋（イ）** | 円 |

★裏面へ

**３　私の預貯金等の状況**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 有無 | 預貯金先 | | 預貯金額 |
| 普通・定期預貯金 | 有・無 |  | | 円 |
| 有・無 |  | | 円 |
| 有・無 |  | | 円 |
| 有価証券等・社内預金等 | 有・無 |  | | 円 |
| 令和　　年　　月　　日現在 | | **（ウ）** | 合計 | 円 |

**４　私の配偶者及び私以外の世帯全員の預貯金等の状況**

**①私の配偶者の預貯金等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 氏名 | | 預貯金先 | | 預貯金額 |
| 普通・定期預貯金 |  | |  | | 円 |
|  | |  | | 円 |
| 有価証券等・社内預金等 |  | |  | | 円 |
| 令和　　年　　月　　日現在 | | **（エ）** | | 合計 | 円 |

**②私以外の世帯員の預貯金等**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 氏名 | 続柄 | 預貯金先 | | 預貯金額 |
| 普通・定期預貯金 |  |  |  | | 円 |
|  |  |  | | 円 |
| 有価証券等・社内預金等 |  |  |  | | 円 |
| 令和　　年　　月　　日現在 | | **（オ）** | | 合計 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * ３・４は、預貯金通帳・証書類をコピーして添付してください。 | **世帯全員の預貯金合計（ウ）＋（エ）＋（オ）** | 円 |

**５　私の被扶養状況**

**①　個人市町村民税の扶養控除において**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 扶養親族となっている。⇒ | 扶養義務者氏名 | 住所 | 続柄 |
|  |  |  |  |
| 市町村民税の課税状況（　課税　・　非課税　） | | |
| * 扶養親族となっていない。 | | | |

**②　健康保険などの医療保険において**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 被扶養者となっている。⇒ | 扶養義務者氏名 | 住所 | 続柄 |
|  |  |  |  |
| 市町村民税の課税状況（　課税　・　非課税　） | | |
| * 被扶養者となっていない。 ※ 健康保険証（カード式の場合は本人のみ）をコピーして添付してください。 | | | |

**６　日常生活のために必要な資産以外の資産所有状況**

□ 所有している。 　 ⇒　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□ 所有していない。

**７　配偶者の課税状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 課税されている。　　　⇒ | 配偶者氏名 | 住所 |
|  |  |  |
| * 課税されていない。 | 本年１月１日現在の住所  （現住所と異なる場合） |  |

**８　介護保険料の納入状況**

□ 納入済である。

□ 滞納している。

**《注意事項》　虚偽の申請その他不正な手段によりこの軽減をうけた場合は、減免額の全部又は一部を**

**返還してもらうことがありますのでご注意ください。**