

収 入 等 申 告 書

音更町長 あて

年 月 日

被保険者 氏 名	印	被保険者 番 号	
-------------	---	-------------	--

私の世帯の総収入等は、下記のとおり相違ありません。

1. 収入の状況

氏 名	収入区分 (年金等の種類)	年額 (前年分)
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他年金 恩給・給与収入・事業収入 () 不動産収入・その他収入 ()	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他年金 恩給・給与収入・事業収入 () 不動産収入・その他収入 ()	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他年金 恩給・給与収入・事業収入 () 不動産収入・その他収入 ()	円

※ 各収入額を証明できる書類を添付してください。(源泉徴収票、払込通知書の写し等)
 ※ 遺族年金、障害年金は非課税であるため、必ず証明できる書類を添付してください。

2. 預貯金等の額・資産の保有状況

世帯全員の預貯金等の状況 (具体的な金額を記入)	自宅以外の資産の有無
1. 350万円以下 (円)	1. 資産を保有していない
2. 350万円超 (円) 有価証券・債権を所有 (円)	2. 資産を保有している ・氏 名 () ・資産内訳 ()

※ 預貯金のある方は、全ての預金通帳の写し(定期預金含む)を添付してください。

3. 扶養の状況 (※被保険者本人の状況)

負担能力のある親族等に	1. 扶養されていない	2. 扶養されている
-------------	-------------	------------

※ 扶養とは、市町村民税の控除対象者となっていることをいいます。

4. 社会保険料等の額

被保険者氏名	社会保険料等の名称	年額 (前年度)	
	国民健康保険料	円	
	後期高齢者医療保険料	円	滞納の有無
	介護保険料	円	有 ・ 無

5. 食費・居住費 (滞在費) の負担限度額の認定状況 (※被保険者本人の状況)

負担限度額認定を	1. 受けている	2. 受けていない
----------	----------	-----------

※ 事実と異なった申請をして不正に軽減を受けた場合、軽減を取り消し、軽減相当額を返還いただくことがあります。

※ 音更町記入欄	※ 世帯人数	人	2. 預貯金	可 ・ 否
1. 収入 (世帯収入合計額－社会保険料等)	可 ・ 否	円	3. 資産	可 ・ 否
			4. 扶養	可 ・ 否
－ ＝			5. 滞納	可 ・ 否
			6. 負担	可 ・ 否