

伊方町社会福祉法人等利用者負担軽減確認書に係る収入等申告書

令和 年 月 日

伊方町長 様

被保険者 住 所  
氏 名  
生 年 月 日

わたしの平成 年中の収入及び預貯金等について下記の通り申告します。

記

区分	内 容					年額(円)
	区分	記号	番号	番号	年額(円)	
世帯収入	国民年金					
	厚生年金					
	共済・恩給					
	扶助料					
	財産収入					
	利子・配当収入					
	その他収入					
	収入計(A)					
その他	世帯の預貯金の額 (合計)					円
	有価証券、債権の保有の有無	<input type="checkbox"/> 有り		<input type="checkbox"/> 無し		
	不動産等活用資産の状況	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	※有りの場合、所在地、状況等 [ ]		
	税法上の扶養の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	※有りの場合、扶養者氏名 [ ]		
	利用希望法人名・サービス名等	<input type="checkbox"/> 施設サービス 法人・サービス名 ( ) <input type="checkbox"/> 在宅サービス 法人・サービス名 ( )				
課税状況・所得状況調査 社会福祉法人等の負担軽減対象者確認において私(世帯)の収入状況、課税状況、及び資産(預貯金・不動産等)、扶養の有無等について調査することに同意します。 世帯主名 <span style="float: right;">(印)</span>						

※世帯収入欄には前年(1月～12月)の収入を記入すること。

①年金・恩給等収入(年金、恩給等これに類する定期的な収入。)

②財産収入(田畑、家屋、機械器具等を外に利用させて得られる収入。)

③利子配当収入(公社債の利子、預貯金利子、法人等から受ける配当の収入。)

※収入のわかる資料を添付すること。(例、通帳のコピー、源泉徴収票、確定申告書等)