

世帯状況・収入・資産等申告書

(宛先) 安曇野市長

申告年月日 年 月 日

申請者 住所

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				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

(施設入所支援を申請する場合は以下の(1)(2)の部分、療養介護を申請する場合は(1)(2)(3)の部分記入してください。)

(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	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、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費 (B)

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(3) 医療型個別減免に係る事項

① 食費負担限度額 食事療養に係る標準負担額（日額）：円	円
② 福祉部分定率負担限度額 施設に応じた平均日額単位数：単位	単位
③ 医療部分定率負担限度額 月額平均医療費の全額（月額医療費）：円	円

3 共同生活援助に係る事項

共同生活援助を行う住居に係る居住に要する費用の額 (家賃の額)	円
------------------------------------	---

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ 氏 名		申請者 との関係	
住 所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

1. 収入や租税、共同生活援助に係る費用のうち証明書等があるものは、この申告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。