

世帯状況・収入等申告書

(あて先) 八戸市長

申告年月日 平成 年 月 日

申告者(保護者) 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____ ㊟

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	フリガナ 氏名	個人番号	生年月日	申請者 との関係	市民税の課税状況等 (所得割年額)
申請者					<input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円以上) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円未満) <input type="checkbox"/> 生活保護
配偶者					<input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円以上) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円未満) <input type="checkbox"/> 生活保護
世帯員					<input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円以上) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円未満) <input type="checkbox"/> 生活保護
					<input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円以上) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円未満) <input type="checkbox"/> 生活保護
					<input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円以上) <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税(所得額16万円未満) <input type="checkbox"/> 生活保護

※所得割額は、18歳未満の障がい児世帯の場合、28万円に置き換えることとする。

2 申告者の収入の状況について

(医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。)

収入(A) (年収)

区分	種類	収入額(円)
稼 得 等 収 入	<input type="checkbox"/> 障害年金 級(基礎 <input type="checkbox"/> 厚生) <input type="checkbox"/> 障害共済年金 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災による年金等 <input type="checkbox"/> 遺族年金(基礎 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済) <input type="checkbox"/> 老齢年金(基礎 <input type="checkbox"/> 厚生)	
	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 傷病手当	
	工賃等収入	
	その他の収入()	
そ の 収 入 他	仕送り収入	
	不動産等による家賃収入	
	その他の収入()	

必要経費(B)

種類	内容	金額(円)
租 税	<input type="checkbox"/> 所得税 <input type="checkbox"/> 自動車税 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税	
社会保険料	<input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> その他()	

3 申告書提出者

申告書提出者	<input type="checkbox"/> 申告者本人 <input type="checkbox"/> 申告者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申告者 との関係	
氏 名			
住 所	〒 _____ <input type="checkbox"/> 申告者と同じ 電話番号 ()		

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
 - 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。
 - 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。
- ※利用者負担額を決定するにあたり、同一世帯員の世帯状況及び所得状況の調査をすることに同意します。

同意者(申告者) 氏名 _____

㊟