

## 収入等申告書

申請者氏名		利用サービス ・ 施設サービス ・ 在宅サービス
利用法人施設名		
私の平成 年中の世帯の収入等は次のとおりです。		
①本人収入	収入の種類	収入年額(円)
年金・恩給 その他の収入		円
		円
		円
非課税収入等 (遺族年金・障害年金・ 仕送り等)		円
		円
		円
預貯金		円
		円
有価証券・債権の有無	( 有 ・ 無 )	
活用できる資産の有無 (具体的に)	( 有 ・ 無 ) 有の場合、所在地、状況等	
※ 書ききれない場合は裏面に、預貯金資産等の明細を記入してください。		
税法上の扶養の有無	( 有 ・ 無 ) 有の場合、扶養者氏名<< >>	
世帯員欄	課税状況等	預貯金等
②配偶者	・ 課税 ・ 非課税	円
③世帯員	・ 課税 ・ 非課税	円
④世帯員	・ 課税 ・ 非課税	円
⑤世帯員	・ 課税 ・ 非課税	円
社会福祉法人による 利用者負担軽減の必要 な理由(具体的に)		
社会福祉法人による利用者負担軽減制度の申請にあたり、私の収入等について、上記及び裏面のとお り相違なく申告します。また、申告内容に変更があった場合は、速やかに報告します。なお、軽減額決 定について、私の世帯の収入状況、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関 係機関で調査・確認することに同意します。		
宛先 各務原市長		年 月 日
申請者住所 各務原市		
氏名		

## 収入等申告書(続き)

表面で書ききれないときは、下記にご記入ください。

氏名	
<b>《確認欄》 社会福祉法人による利用者負担軽減制度の対象となる方</b>	
<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税の方
<input type="checkbox"/>	年間収入(非課税収入も含む)が単身世帯で150万円、世帯員が一人増えるごとに50万円を加算した額以下である方
<input type="checkbox"/>	預貯金の額が単身世帯で350万円、世帯員が一人増えるごとに100万円を加算した額以下である方
<input type="checkbox"/>	日常生活に供する資産以外に活用する資産がないこと
<input type="checkbox"/>	負担能力のある親族等に扶養されていないこと(税法上の扶養、保険の扶養等になっていないこと。)
<input type="checkbox"/>	介護保険料を滞納していないこと

### 申請時に提出いただく書類

- ① 世帯全員の収入等を証明する書類  
《例》 前年の年金額支払通知書(遺族年金、障害年金等の非課税年金も含む。)・源泉徴収票・給与明細書・老齢福祉年金受給者証・確定申告書等の写し
- ② 世帯全員の預貯金等の額を証明する書類  
《例》 預金通帳・有価証券・債権証書等の写し
- ③ 介護保険証
- ④ 申請書