世帯状況・収入等申告書（介護給付費等）

（あて先）印西市長

申告年月日　　年　　月　　日
申告者住所
　　氏名

次のとおり申告します。
1　世帯の状況等について
　障害者（20 歳未満の施設に入所する者を除く。）で配偶者がいる場合には、世帯員欄に配偶者を記入してください。
申請者が20 歳未満の施設に入所する者又は、障害児の保護者の場合には、世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

	氏　　名	生　年　月　日 個　人　番　号	本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
				16歳未満	16～18歳	
申請者		年　月　日				□課税 □非課税
世帯員		年　月　日				□課税 □非課税
		年　月　日				□課税 □非課税
		年　月　日				□課税 □非課税
		年　月　日				□課税 □非課税
		年　月　日				□課税 □非課税

2　申請者の収入の状況について
（以下の(1)(2)の部分は、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。）

(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
収入その他	仕送り収入	円
	不動産による家賃収入	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

（記入上の注意）
1．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ください
2．書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
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。