

世帯状況・収入等申告書

長井市福祉事務所 宛

申告年月日 年 月 日

太枠内の項目を記入してください。

《サービスを利用する方の年齢による世帯の記入範囲》

- ① 18歳以上の方 ⇒ 申告者及び配偶者のみ
- ② 18歳未満の方  
20歳未満で施設入所支援又は療養介護利用の方  
⇒ 申告者の属する世帯全員

|     |    |
|-----|----|
| 申告者 | 住所 |
|     | 氏名 |

|                         |    |
|-------------------------|----|
| 届出者<br>(申告者と同じの場合は記入不要) | 住所 |
|                         | 氏名 |

世帯状況・収入等について次のとおり申告します。

1 世帯状況等について

|          | 氏名                               | 生年月日         | 備考    | 課税状況  | 市町村民税所得額割 | 多子軽減                                |
|----------|----------------------------------|--------------|-------|---|-----------|-------------------------------------|
| ① 記入範囲   | 申告者                              | 年 月 日        |       | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           |                                     |
|          | 配偶者                              | 年 月 日        |       | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           |                                     |
| ② 記入範囲   | 世帯員                              | 年 月 日        |       | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           | 第 子<br><input type="checkbox"/> 未就学 |
|          |                                  | 年 月 日        |       | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           | 第 子<br><input type="checkbox"/> 未就学 |
|          |                                  | 年 月 日        |       | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           | 第 子<br><input type="checkbox"/> 未就学 |
|          |                                  | 年 月 日        |       | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           | 第 子<br><input type="checkbox"/> 未就学 |
| 必要に応じて記入 | 単身赴任等<br>(住民票の世帯員以外で生計を同一にしている方) | (ふりがな)<br>氏名 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 非課税<br><input type="checkbox"/> 課税 |           |                                     |
|          |                                  | 個人番号:        |       |   |           |                                     |
|          |                                  | 住所(1月1日時点)   |       |   |           |                                     |

2 申告者の収入等の状況について

※20歳以上で、施設入所支援の補足給付を申請する場合又は療養介護に係る医療型個別減免を申請する場合に記入してください。

|          | 種類    | 収入額                      | 申告額 | 市確認欄 |
|----------|-------|--------------------------|-----|------|
| 収入(年収)   | 稼得等収入 | 年金(種類 )                  | 円   |      |
|          |       | 年金生活者支援給付金               | 円   |      |
|          |       | 手当(種類 )                  | 円   |      |
|          |       | 工賃等収入・雇用保険               | 円   |      |
|          | その他収入 | 仕送り収入                    | 円   |      |
|          |       | 不動産等による家賃収入<br>その他の収入( ) | 円   |      |
| 必要経費(年額) | 租税    | 住民税・所得税                  | 円   |      |
|          |       | 固定資産税                    | 円   |      |
|          |       | その他( )                   | 円   |      |
|          | 社会保険料 | 健康保険料・年金保険料・雇用保険料        | 円   |      |

【添付書類について】

|                           | 添付書類  |
|---------------------------|---|
| 非課税世帯で、施設入所支援又は療養介護を利用する方 | ・サービス開始日の属する年の前年(サービス開始日が1月~6月の場合は前々年)の1月~12月の収入額のわかるもの。<br>→年金通知のハガキの写し、源泉徴収票、工賃支払証明書、通帳の写し等<br>・必要経費の金額がわかるもの<br>→社会保険料等、各種租税等の納付済証明書の写し等 |
| 療養介護を利用する方                | ・加入している医療保険の被保険者証の写し<br>・限度額適用(標準負担額減額)認定証の写し   |
| 非課税世帯で、共同生活援助を利用する方       | ・共同住居契約家賃額証明書   |