

社会福祉法人等による利用者負担軽減対象者確認申請に係る収入等申告書

令和 年 月 日

浦添市長 殿

住 所
申請者 氏 名
続 柄

次のとおり被保険者の収入等の申告を行います。
この申告内容に相違があった場合には、軽減対象の承認を取り消されても異議はありません。

1. 本人・世帯員について	本人（被保険者）	世帯員①	世帯員②
氏 名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
2. 課税状況について	本人（被保険者）	世帯員①	世帯員②
市県民税の課税状況	課税 ・ 非課税	課税 ・ 非課税	課税 ・ 非課税
3. 収入（※1）について	本人（被保険者）	世帯員①	世帯員②
収入の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年金等の種類	国民年金・厚生年金・ 共済年金・遺族年金・ 障害年金・老齢福祉年金・ 恩給・雇用保険・ 特別障害者手当・ その他（ ）	国民年金・厚生年金・ 共済年金・遺族年金・ 障害年金・老齢福祉年金・ 恩給・雇用保険・ 特別障害者手当・ その他（ ）	国民年金・厚生年金・ 共済年金・遺族年金・ 障害年金・老齢福祉年金・ 恩給・雇用保険・ 特別障害者手当・ その他（ ）
年 額	円	円	円
そ の 他	給与収入・事業収入・ 家賃・土地収入・ 仕送り・保険給付金・ その他（ ）	給与収入・事業収入・ 家賃・土地収入・ 仕送り・保険給付金・ その他（ ）	給与収入・事業収入・ 家賃・土地収入・ 仕送り・保険給付金・ その他（ ）
年 額	円	円	円
4. 預貯金について	本人（被保険者）	世帯員①	世帯員②
預貯金の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
金融機関名			
残 高	円	円	円
金融機関名			
残 高	円	円	円

5. 資産について			
資産の有無		有 ・ 無	
①土 地	(所在地) 市・町・村	(所在地) 市・町・村	(所在地) 市・町・村
②家 屋	(所在地) 市・町・村	(所在地) 市・町・村	(所在地) 市・町・村
③その他	有価証券(小切手株券等)・ 債券・その他 ()	有価証券(小切手株券等)・ 債券・その他 ()	有価証券(小切手株券等)・ 債券・その他 ()
6. 扶養について			
負担能力のある(※2) 親族等の扶養の有無		有 ・ 無	
①市県民税の扶養 家族(控除対象)		なっている ・ なっていない	
②医療保険の扶養 家族(被扶養者)		なっている ・ なっていない	
③住まい・ 食事の提供		受けている ・ 受けていない	
④家賃・公共料金の 支払いの援助		受けている ・ 受けていない	
⑤税金・社会保険料 の支払いの援助		受けている ・ 受けていない	
扶 養 者	氏 名		
	住 所		
	続 柄		
7. 介護保険料について			
保険料の滞納		有 ・ 無	

(※1) 収入について

◎収入欄には、前年(1月～12月)の申告者の収入を記入してください。
1月～6月の申請については、前々年の収入となります。

◎収入とは、税・社会保険料等の控除前の金額です。

◎年金等の収入について

年金その他これに類する定期的に支給される金銭で、遺族年金・障害年金等の非課税年金も含まれます。

(※2) 負担能力のある親族について

◎“負担能力のある”とは、年間収入が『150万円+(扶養人数×50万円)以上』の扶養者をいいます。