

収入等申告書

帯広市長 様

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

被保険者番号 _____

私の世帯の総収入等は、下記のとおり相違ありません。

1. 収入の状況

氏 名	収入区分（年金等の種類）	年額（前年分）
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円
	老齢年金・遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・その他の年金	円
	恩給・給与収入・事業収入（ ）	
	不動産収入・その他の収入（ ）	円

※ 各収入、必要経費の金額を証明できる書類を添付してください。
（源泉徴収票、払込通知書の写し、証明書、支払通知書、領収書等）

※ **遺族年金、障害年金は非課税であるため、必ず証明できる書類を添付してください。**

2. 預貯金等の額・資産の保有状況

世帯全員の預貯金等の状況（具体的な金額を書いてください。）	自宅以外の資産の有無
1. 350万円以下（ 円）	1. 資産を所有していない
2. 350万円以上（ 円）	2. 資産を所有している（氏名： ）
・ 有価証券・債権を所有（ 円）	[]

※ **預貯金のある方は、預金通帳の写しを添付してください。**

3. 扶養の状況（※被保険者本人の状況）

負担能力のある親族等に	1. 扶養されていない	2. 扶養されている
--------------------	-------------	------------

※ 扶養されている場合とは、市町村民税の控除対象者や、医療保険の被扶養者となっており、かつ実質的に扶養を受けている場合をいいます。

4. 社会保険料等の額

（※医療費の領収書については 被保険者本人の年収－ 介護保険料・医療費等 ＝ 42万円以下の場合必要）

社会保険料等の名称	年 額
国民健康保険料	円
介護保険料	円
医 療 費※	円
	円

※ 事実と異なった申請をして不正に軽減を受けた場合、軽減を取消し、軽減相当額を返還いただくことがあります。

市記載欄

年収世帯合計額		円	世帯人数	人	
本人の年収差引き額			預貯金合計	万円	可・否
—	=	円	判定 （特養）	認 定	非 該 当
可・否		円			
扶養	無・有	資産	無・有	第1段階 ・ 42万円以下（第1段階以外） ・ 旧措置入所者で実質的負担軽減者のユニット入居者 ・ 42～150万円第2段階 ・ 42～150万円第3段階	・ 150万円以上 ・ 課税世帯