

世帯状況・収入等申告書兼同意書

年 月 日

(あて先)
中井町長

申告者 住所

氏名

(1 8 歳未満の時は保護者)

次のとおり申告します。なお、申告内容の確認のため、中井町が利用者本人及び世帯員の町民税の課税状況等を調査することに同意します。

1 世帯の状況等について

	氏 名	生年月日	本人との関係	幼保等通園先 (兄弟がいる未就学児のみ)	市町村民税の状況
申請者					☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主					☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

(医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る)を申請する場合に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

