

世帯状況・収入申告書

年 月 日

稲 美 町 長 様

次のとおり申告します。

①申告欄及び同意欄

※各申請の認定にあたり、収入状況及びその他必要な事項について、町が調査することに同意します。

申 告 者	フリガナ		配偶者の有無	有 ・ 無
	氏 名	(印)		
	居 住 地	個人番号： 〒 電話番号		

※障害児の場合は、申告者欄には保護者の氏名を記入してください。

②申請者の収入状況について

(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、特別障害者給付金、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、経過福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃収入	円
	その他の収入（ ）	円
そ の 他 収 入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	金 額
租 税	円
	円
社会保険料	円
	円

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外の場合（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		