

宛名コード	
-------	--

記入例

世帯状況・収入等申告書

(あて先)

一宮市福祉事務所長

申告年月日 令和 年 月 日

申請者

住所 一宮市本町二丁目5-6

対象障害者が児童
の場合は保護者名

氏名 一宮 太郎

対象となる障害者本人の住所・氏名を記入

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について(障害者:本人及び配偶者、障害児:世帯全員を記入)

	氏 名	生年月日	本人との関係	市民税の状況
対象障害者	一宮 太郎	大・昭 平・令 12・1・1	本人	☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
世帯主		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
世帯員		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税
		大・昭 平・令 . .		☐ 課税(所得割 円) ☐ 非課税

配偶者がある場合には、配偶者についても記入

申請書を提出する方の氏名等を記入

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☒ 申請者本人の親(下の欄に記入)		
氏 名	一宮 花子	申請者との関係	母
住 所	〒491-8501 一宮市本町二丁目5-6 電話番号 (0586) 28 — 9134		

(記入上の注意)

1. 収入・必要経費のうち、証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. グループホーム入居者は家賃額がわかるものも添付してください。
4. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

※施設入所支援・療養介護のサービスをご利用の方は、裏面2もご記入ください。

※以下については、施設入所支援・療養介護のサービスをご利用の方のみ記入してください。
在宅サービス利用者、グループホーム入居者は記入不要です。

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免(療養介護)を利用する場合のみ記入してください。)

**在宅サービス・グループホーム利用者は、
記入不要。**

**施設入所支援・療養介護利用者は、該当する
箇所全て記入(確認できるものを添付)。**

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

(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)(②)	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)(③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収 入 の 他	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

年金給付金はその他の収入に該当します

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
		円
社会保険料		円
		円

※年金、工賃等の収入金額の確認できるもの(年金証書、通帳等)を添付すること。(写し可)

※必要経費については、支払額が確認できるもの(証明書、領収書等)を添付すること。(写し可)

※療養介護のサービスを利用している方は、健康保険証、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を添付すること。(写し可)

確 認

--