

収 入 状 況 等 申 告 書

令和 年 月 日

（宛先）静岡市長

住所

申請者

氏名

世帯の収入状況等について、下記のとおり申告します。

記

1 世帯の状況（世帯全員を記入し、生計中心者に○をしてください。）

	氏 名	生年月日	年齢	性別	生計中心者
世帯主		年 月 日			
世帯員		年 月 日			
		年 月 日			

（注）年齢欄は、サービス提供月の初日時点の年齢を記入してください。

2 世帯の収入状況

(1) 勤労収入（※基礎控除額、収入認定額及び平均収入認定額は、市で記入）

勤労した者の氏名	続柄	基準月及びその前2箇月間の勤労収入					
		月	収入額 (円)	必要経費 (円)	※基礎 控除額 (円)	※収入 認定額 (円)	※平均収入 認定額 (円)
		基準月					
		基準月の前月					
		基準月の前々月					

(2) 年金・恩給

受給した者の氏名	年金・恩給の種類	年金・恩給の月額（円）

(3) 仕送り、その他の収入

仕送りした者の 氏名又はその他 の収入の種類	基準月及びその前2箇月間の仕送り、その他の収入（円）		
	月	収入金額（円）	収入の平均月額（円）
	基準月		
	基準月の前月		
	基準月の前々月		

- (注) 1 収入状況を証明する通帳等の写しを添付してください。
2 基準月及びその前2箇月間に係る収入状況を記入してください。

3 住宅の状況（該当する番号に○をしてください。ただし、申告を希望しなければ記載不要です。）

(1) 持家

(2) 家賃 月々の家賃：（月額） 円

(注) 毎月の家賃が証明できる書類を添付してください。

- 4 利用者負担額（基準月及びその前2箇月間に係る支払い状況を記入してください。ただし、申告を希望しなければ記載不要です。）

受給した者の氏名	月	事業者名	負担額（円）
	基準月		
	基準月の前月		
	基準月の前々月		
合 計			
平 均			
受給した者の氏名	月	事業者名	負担額（円）
	基準月		
	基準月の前月		
	基準月の前々月		
合 計			
平 均			

（注）サービス提供月に係る利用者負担額が証明できる書類を添付してください。

- 5 医療費負担額（基準月及びその前2箇月間に係る支払い状況を記入してください。ただし、申告を希望しなければ記載不要です。）

受給した者の氏名	月	医療機関	負担額（円）
	基準月		
	基準月の前月		
	基準月の前々月		
合 計			
平 均			
受給した者の氏名	月	医療機関	負担額（円）
	基準月		
	基準月の前月		
	基準月の前々月		
合 計			
平 均			

（注）サービス提供月に係る利用者負担額が証明できる書類を添付してください。