収 入 状 況 等 申 告 書
（社会福祉法人等利用者負担軽減事業利用申請）

令和　　年　　月　　日

吉野川市長　様

住所

氏名

次のとおり、収入申告を行います。
なお、この申請にかかる次の事項について、長寿いきがい課が税務担当課・関係人に調査、報告を求めることに同意します。
この申告内容に相違があった場合には、軽減の認定が取り消されても異議はありません。

1．対象者本人の令和　　年の収入を記入してください。

種　類		金額（年額）	市記入欄
収入	①恩給・年金等収入 （　　）年金	円	
	②給与収入	円	
	③財産収入	円	
	④その他収入	円	
合　計		円	

2．世帯員の令和　　年の収入を記入してください。

	氏　名	収入の種類	金額（年額）	市記入欄
世帯員				

＊裏面あり＊

3. 対象者の扶養状況について、該当するものに「レ」を入れてください。

（1）税法上の所得控除において、親族の扶養となっていますか？

□ なっている　　□ なっていない

（2）健康（医療）保険において、家族の扶養となっていますか？

□ なっている　　□ なっていない

（3）市民税が課税されている方と生計を共にしていますか？

□ している　　□ していない

4. 保険料納付状況

（1）保険料を毎期納めていますか？

□ 納めている　　□ 未納がある

5. 対象者及び世帯員について、次の項目の中で該当するものを記入してください。

①預貯金について記入してください。

	氏　　名	金融機関名	預貯金の額	市記入欄
預貯金			円	
			円	
			円	
			円	
			円	

②住居用以外の土地家屋について記入してください。

	氏　　名	延面積（㎡）	所在地	市記入欄
不動産				

③その他、活用できる財産等について記入してください。

	氏　　名	種類	評価概算額	市記入欄
その他財産			円	
			円	
			円	
			円	