

収入及び資産等申告書（安城市介護保険利用者負担額軽減申請用）

平成 年 月 日

安城市長 あて

申請者住所

（被保険者）

氏名 印

（被保険者番号）

年中の私及び私の属する世帯全員の収入等について、次のとおり申告します。

1 私の収入等の状況

①収入・所得 なし ・ あり（下記に記入してください。）

Table with 4 columns: 収入の種類, 年間収入額, 必要経費, 所得額. Rows include currency symbols (円).

【収入の種類】 給与収入 事業（農業・小売業・サービス業等）所得など
国民・厚生・共済・農業者・遺族・障害年金 恩給など

②仕送り収入（施設への支払を含む。） なし ・ あり（下記に記入してください。）

Table with 5 columns: 氏名, 住所, 続柄, 電話番号, 年間総額. Includes checkboxes for dependent status.

2 私以外の世帯員全員の収入等の状況

Table with 5 columns: 氏名, 前年中の所得（年金を除く。）, 前年中の年金収入, 所得の種類, 所得金額, 年金の種類, 収入金額.

3 私の預貯金等の状況（ 年 月 日現在）

Table with 4 columns: 種類, 有無, 預貯金先, 預貯金額. Rows include 普通・定期預貯金, 有価証券・社内預金等.

4 私以外の世帯員の預貯金等の状況（ 年 月 日現在）

Table with 4 columns: 種類, 氏名, 預貯金先, 預貯金額. Rows include 普通・定期預貯金, 有価証券・社内預金等.

5 日常生活のために必要な資産以外の状況

□ 所有している（ ） □ 所有していない

※内容の分かる書類（申告書・源泉徴収票・振込口座等の通帳等）の写しを添付してください。

《注意事項》 虚偽の申請その他不正な手段によりこの軽減を受けた場合は、軽減額の全部又は一部を返還していただくことがありますのでご注意ください。