

世帯状況・収入申告書

伊達市健康福祉部長 様

申告年月日 年 月 日

本人(保護者) 住所	伊達市 町 番地	本人(保護者) 氏名	申請に係る児童氏名
------------	----------	------------	-----------

次のとおり申告します。

1 申告書提出現在の住民票上の世帯の状況等

世帯主に○印	氏名	生年月日	本人との関係(続柄)	市(町村)民税の状況		備考
				「課税」又は「非課税」	「課税」の場合所得割額	
本人(保護者)		. .	/	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
配偶者		. .	夫・妻	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
児童の場合のみ記入	世帯員	. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	世帯員	. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	世帯員	. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	世帯員	. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	世帯員	. .		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
確認欄(記載不要) 所得割合計					円	

2 本人(保護者)の収入の状況

『医療型個別減免』『補足給付(食費等軽減措置に限る)』を申請する場合のみ記入

- ★「医療型個別減免」・・・生活保護・非課税世帯であって、20歳以上の療養介護利用者の方が対象となります。
- ★「補足給付(食費等軽減措置)」・・・生活保護・非課税世帯であって、20歳以上の入所施設入所者の方が対象となります。

(1) 合計所得金額の状況	確認欄(記載不要)
① 申請時の年度の地方税法上の合計所得金額	円

区分		種類	収入額(年額)	確認欄(記載不要)
稼 得 等 収 入	②	<input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済・)年金(級)	円	
		<input type="checkbox"/> 特別障害給付金	円	
		<input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災による年金等	円	
		<input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済・)年金	円	
		<input type="checkbox"/> 老齢年金等	円	
	③	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当	円	①+②+③=80万円以下 (<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当)
<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当		円		
確認欄 (<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得 <input type="checkbox"/> 所得割16(児:28)万円未満 <input type="checkbox"/> 所得割16(児:28)万円以上)				
そ の 他	そ の 他	<input type="checkbox"/> (工賃等)就労収入	円	
		<input type="checkbox"/> 失業手当・傷病手当等の給付金	円	
		<input type="checkbox"/> その他の収入()	円	
収 入 の 他	そ の 他	<input type="checkbox"/> 不動産等による家賃収入	円	
		<input type="checkbox"/> 仕送り・その他()	円	

(2)-B 前年1年間(1月~12月)に支払った必要経費		種類	金額(年額)	確認欄(記載不要)
租 税	租 税	()税	円	裏面に続きます ➡
		()税	円	
社会保険料	社会保険料	国民健康保険料(税)	円	
			円	

確認欄(記載不要)	医療型個別減免 (<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外) 補足給付(<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象外)
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3 転居の予定等について

この申告書における世帯の状況等について、転居等に伴う変更の予定が(ある ない)

あ 異 る 動 者 の	氏名	内 容(異動後の住所等)

★「負担上限月額」について

負担上限月額は所得区分に応じて、以下のように設定されます。

所得区分		軽減適用の場合の上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円/月
低所得1	市町村民税非課税世帯のうち、本人の年収80万円以下	
低所得2	市町村民税非課税世帯(低所得1に該当する者を除く。)	
一般1	市町村民税課税世帯(所得割16万円(障がい児にあっては28万円)未満の者に限り、20歳以上の施設等入所者(注)を除く。)	【施設等入所者以外】 障がい者9,300円/月 障がい児4,600円/月 【20歳未満の施設等入所者】 9,300円/月
一般2	市町村民税課税世帯(一般1に該当する者を除く。)	37,200円/月

(注)施設等入所者にはグループホーム等入居者も含まれます。

申告書提出者 フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名		申請者との関係	
住所・連絡先	〒 — — 電話番号: — — (携帯・FAX等: — —		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等のあるものは、この申告書に必ず添付してください。
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ください。
3. 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。