

世帯状況・収入等申告書

川西市長 様

申告年月日 令和 年 月 日

申告者 住所

氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申請者				課税	非課税
世帯主				課税	非課税
世帯員				課税	非課税
				課税	非課税
				課税	非課税

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合に記入してください。

(1)合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(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）	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）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
その他収入	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

必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
社会保険料		円

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

- 収入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。
- 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。
- 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。

同意書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス、川西市障害者地域生活支援事業または、児童福祉法に基づく障害児通所支援事業に関する支給の申請及び利用者負担額減免、免除等の決定にあたり、必要があるときは、わたしと、わたしと世帯を同一にする世帯員（以下「わたし等」という）の所得・課税・住民記録台帳の状況について、川西市が調査すること又は官公署等に調査を委託し、報告を求めること及び介護保険法施行法に基づく適用除外の対象者確認の必要があるときは、介護保険法施行規則に規定する情報を川西市が調査することに同意します。

川 西 市 長 宛

令和 年 月 日

住 所 _____

申請者名 _____

配偶者名 _____

自署又は記名押印