

平成 年度介護保険料の算定に係る所得申告書

(平成 年 月～平成 年 月)

筑西市長 様

提出日 平成 年 月 日

現住所			
平成 年1月1日現在の住所			
フリガナ		該当する場合は、○で囲んでください。	障害者 寡婦(夫)
氏名	印		
生年月日	年 月 日生まれ	TEL	

○収入のあった場合

公的年金等	国民年金	円	厚生年金	円
	共済年金	円	恩給	円
	障害・遺族年金	円	その他	円
給与・賃金等	収入金額			
営業・その他の事業・農業・不動産・譲渡所得等	総収入額(A)		必要経費(B)	所得(A) - (B)
	円		円	円
その他	()			円

○収入がなかった場合

該当する理由に○を付けて下さい。	病気で働けなかった		誰かの扶養になっていた
	老齢のため		失業又は廃業していた
	生活保護を受けていた	年 月～ 年 月	
	雇用保険を受給していた	年 月～ 年 月	
	その他()		

○控除対象配偶者・扶養親族の状況

控除配偶者	氏名	所得金額又は給与の収入金額	
		円	
扶養親族	氏名	続柄	所得金額又は給与の収入金額
			円
			円
			円

※この申告書は、介護保険料の算定に用いるものです。