

収入申告書

平成 年 月 日

(申告先) 茨木市長

住所

氏名

印

次のとおり私の世帯の収入を申告します。

記

- 1 働いて得た収入 (最近 3 か月間) あり ・ なし
(ありの場合はその内容を記入してください。以下同様。)

氏 名	勤務先等	区 分	最近 3 か月の収入		
			月分	月分	月分
		総収入	円	円	円
		交通費等	円	円	円
		総収入	円	円	円
		交通費等	円	円	円
		総収入	円	円	円
		交通費等	円	円	円

(給与明細等を添付してください。)

- 2 年金・恩給・手当等収入 あり ・ なし

受給者氏名	年金・恩給・手当等の種類	受給額 (年額)
	国民年金・厚生年金 その他 ()	円
	国民年金・厚生年金 その他 ()	円
	国民年金・厚生年金 その他 ()	円

(年金振込通知書等を添付してください。)

- 3 仕送り、間貸し等その他の収入 あり ・ なし

仕送り者・間貸人等	金額 (年額)
	円

資産等申告書

次のとおり私の世帯の資産等を申告します。

氏名 _____

記

1 預貯金等状況

区 分	有 無	内 容			
		預貯金先	口座番号	口座名義人	預貯金額
預貯金等	有				円
					円
	無				円
					円
株券・ 国債等	有	種 類	額 面		評価額面額
					円
	無				円

2 被扶養状況

他の世帯に属するかたが被保険者となっている健康保険などの医療保険において

被扶養者となっている

被扶養者となっていない

記入上の注意

- 1 この申告書は、減免を受けようとするかた（受けているかた）が記入してください。
- 2 減免を受けようとするかたが、次のいずれかに当てはまる場合は、減免の適用ができません。
 - (1) 他の世帯に属するかたが被保険者となっている健康保険などの医療保険において、被扶養者となっているとき。
 - (2) 世帯の預貯金総額が100万円を超えるとき。
 - (3) 自己の居住用以外に、活用できる資産を有しているとき。
- 3 偽りその他不正な行為により減免を受けたときは、減免を取り消し、減免相当額を返還していただくとともに、茨木市介護保険条例第24条により過料に処されることがあります。