

世帯状況・収入申告書

海老名市長 様

申告年月日 令和 年 月 日
 申告者(保護者)住所
 (保護者)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				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

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

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

(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) (②)	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) (③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収入その他	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
		円
社会保険料		円
		円

介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、障害児通所給付費を受給するにあたり、世帯構成や世帯における市民税の課税状況等の支給決定に必要な情報を海老名市が収集することに同意します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ氏名		申請者との関係	
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。

世帯状況・収入申告書

記載例

海老名市長 様

申告年月日 令和 年 月 日
 申告者(保護者) 住所 海老名市勝瀬175番地の1
 (保護者) 氏名 海老名 父雄

住所、氏名を記入。
 18歳未満の方は保護者の住所、氏名を記入。

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	課税状況
申請者	同上	S58. 2. 23		<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主	同上			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	海老名 母美	S56. 10. 10	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

申請者の住民票上の世帯員の氏名、生年月日、本人との続柄を記入。(18歳以上のみ)

2 申請者の収入の状況について

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

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 _____ 円 ①

(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)(②)	円
	特別児童扶養手当等 特別障害者手当、障害児福祉手、経過的福祉手、特別児童扶養手当(③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収 入 の 他	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

介護給付費、訓練等給付費、特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、障害児通所給付費を受給するにあたり、世帯構成や世帯における市民税の課税状況等の支給決定に必要な情報を海老名市が収集することに同意します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ	エビナ ハハミ	申請者	妻
氏名	海老名 母美	との関係	
住所	〒 申請者と同じ		
	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。

申請者本人以外の方が提出する場合のみ、必要事項を記入。