様式第1号(第2関係)

年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

被措置者本人　　　　　　　　　　　　　　㊞

(施設職員等が本人の代筆をする場合は記入してください。)

記入者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

収入申告書

　私の　　　　年中の収入について次のとおり申告します。

(記入に当たっては裏面を参照のこと。※欄は記入不要)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | |  | | 養護入所者のみ(　　)人部屋入居 | |
| 種別 | | | 申告額(年額) | | ※　認定額 |
| Ａ　収入 | 年金・恩給等収入  (　　　　　　　　　)年金  (証書番号　第　　　　号) | | 円 | | 円 |
| 財産収入 | |  | |  |
| 利子・配当収入 | |  | |  |
| その他の収入  (　　　　　　　　　　　) | |  | |  |
| 計　　　　　A | | 円 | | 円 |
| Ｂ　必要経費 | 租税 | | 円 | | 円 |
| 医療費 | |  | |  |
| 社保・国保　保険料 | |  | |  |
| その他の必要経費  (　　　　　　　　　　　) | |  | |  |
| 計　　　　　B | | 円 | | 円 |
| 差引額　A－B | | | 円 | | 円 |

※費用徴収基準月額の認定　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　年7月1日から適用)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 階層 |  | 月額 | 円 | 減額 | なし・あり(　　　　円×　　％) |
| (備考) | | | | | |

　上記のとおり認定する。

　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　福祉保健課