様式第2号(第2関係)

所得税等(変更)申告書(扶養義務者用)

年　　月　　日

　　身延町長　　　　様

住所

電話

氏名　　　　　　　　　　㊞

　私の　　　　年度中の収入に係る所得税等について下記のとおり申告いたします。

(関係書類添付)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | | | 入所者氏名 |  | | |
| 氏名 | | 入所者との続柄 | 前年の所得税額 | 当該年度の市町村民税課税区分  左の欄が0円の場合に限る。 | | | 生活保護法適応の有無 | 備考 |
|  | |  | 円 | 非課税  均等割課税  所得割課税 | | | 有・無 | 徴収限度額  本人徴収額 |

※費用徴収基準月額の認定(記入しないでください。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 階層 |  | 月額 | 円 |
| 備考 | | | |

　上記のとおり認定する。

　　　　　　年　　月　　日

福祉保健課