

収 入 申 告 書

(食費・居住費の特例減額措置用)

記入例

2021 年 8 月 1 日

(あて先)伊那市長

私の 2020 年中の収入について下記のとおり申告します。

フリガナ	イナ タロウ	被保険者番号
被保険者氏名	伊那 太郎	012345678
住 所	〒 396-8617 伊那市下新田3050番地 電話番号 78-4111	

※すべての世帯員について、それぞれの年額を記入してください。

氏 名	伊那 太郎	伊那 花子		
収 入	年金等収入	(老 齡) 年金 800,000 円	(老 齡) 年金 300,000 円	
	財産収入	0 円	0 円	
	利子・配当収入	0 円	0 円	
	その他の収入	0 円	0 円	
	計	800,000 円	300,000 円	円
そ の 他	現金及び預貯金額	3,510,213 円	823,000 円	
	有価証券、債権	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 0 円	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 0 円	
	不動産等活用資産の状況 (現に居住する土地、家屋以外)	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有りの場合、所在地・状況を記入	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有りの場合、所在地・状況を記入	
	介護保険料の滞納	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	施設の利用者負担 の見込額 ※1年間(365日)	1割負担	317,915 円	円
		食費	503,700 円	円
		居住費	116,800 円	円
合計		938,415 円	円	

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	伊那 花子	電話番号(自宅・携帯・勤務先)
申請者住所	〒396-8617 伊那市高遠町西高遠1806番地	94-3696
		本人との関係
		妻