

# 収入申告書

(食費・居住費の特例減額措置用)

年 月 日

(あて先)伊那市長

私の \_\_\_\_\_ 年中の収入について下記のとおり申告します。

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名	(印)	
住 所	〒	電話番号

※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					
収 入	年金等収入	( ) 年金	( ) 年金	( ) 年金	
		円	円	円	
	財産収入	円	円	円	
	利子・配当収入	円	円	円	
	その他の収入	円	円	円	
	計	円	円	円	
そ の 他	現金及び預貯金額	円	円	円	
	有価証券、債権	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	
	不動産等活用資産の状況 <small>(現に居住する土地、家屋以外)</small>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有りの場合、所在地・状況を記入 ( )	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有りの場合、所在地・状況を記入 ( )	<input type="checkbox"/> 有 <input 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 type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	施設の利用者負担 の見込額 ※1年間(365日)	1割負担	円	円	円
		食費	円	円	円
		居住費	円	円	円
合計		円	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	電話番号(自宅・携帯・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係