

様式第2号（第4条関係）

社会福祉法人等利用負担軽減対象確認
申請に係る収入申告書

年 月 日

西予市長 様

被保険者氏名

私（世帯）の _____ 年中の収入について下記のとおり申告します。

区分	内 訳					金額（円）
収入	恩給・年金等				
	区分	記号	番号	種別	年額（円）	
	国民年金					
	厚生年金					
	共済・恩給					
	扶 助 料					
	財産収入 利子、配当収入 その他収入				
収 入 計 (A)						
必要経費	租 税	所得税	住民税		
	介護利用者負担・医療費	介護利用者負担	付添費用	負担金	差額ベッド代
	社会保険料	介護保険料	国民健康保険税		
	そ の 他				
	必 要 経 費 計 (B)					
差 引 額 (A-B)						

その他	扶養関係等	
	不動産等活用資産の状況	
	課税状況・所得状況調査 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認において、私（世帯）の収入状況、課税状況、資産（預貯金・不動産等）、扶養の有無等について調査することに同意します。 世帯主 _____	

- (注) 1 金額を確認できる証書、領収書、確定申告書の控え等（写しで可）を添付すること。
2 収入金額が、1,500,000円以下の者は、必要経費欄の記入は要しない。