

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。