

(宛先)春日井市長

申告年月日 令和 年 月 日

申告者(18歳未満の場合は保護者) 住所

氏名

電話( ) -

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

住民票と同じ(生活保護受給中)

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
				課税	非課税
申告者					
世帯員				課税	非課税
				課税	非課税
				課税	非課税
				課税	非課税

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 地方税法上の合計所得金額の状況( 年中)

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入(A)( 年中)

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃収入	円
	その他の収入( )	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入( )	円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

申告書提出者	申告者本人	申告者本人以外(下の欄に記入)	
氏名		申告者との関係	
住所	申告者と同じ(同じであれば省略可) 〒		
		電話番号	

この申告に関する審査に必要な範囲で世帯、所得、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料及び介護保険料の納付状況、固定資産税並びに市民税・県民税等に関する公簿の閲覧を承諾します。

(氏名)