



受付 \_\_\_\_\_ (国) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (宛) \_\_\_\_\_

# 国民健康保険税申告書

令和 年中(1月1日から12月31日まで)の状況

(あて先) 春日井市長

令和 年 月 日提出

住所 春日井市	フリガナ		
	氏名		
アパート・マンション名など 号棟 号室	昭・平 . .	電話番号	- -
	代理人( )		

## ①生活の状況(収入がなかった方はこちらをご記入ください)

該当するものに○を付けてください。  
 収入があった方も、該当する項目があればご記入ください。

生活保護 ・ 非課税年金※1 ・ 児童手当等※2 ・ 預貯金 ・ 被扶養者 ・ 国外在住※3 ・ その他( )
---

- ※1 非課税年金とは、遺族年金・障害年金・寡婦年金・母子年金・老齢福祉年金などです。
- ※2 児童手当等とは、児童手当・児童扶養手当・子ども福祉手当・愛知県遺児手当などです。
- ※3 国外在住は、対象年中の翌年1月1日現在の状況をご記入ください。

## ②収入等の状況(収入があった方はこちらをご記入ください)

1年間の合計金額をご記入ください。

所得の種類	収入金額 A	必要経費 B	所得金額等 A-B	備考
給与	※4			※4 総支払額をご記入ください。
専従者給与 (専従者給与支払者)	( ※4 )			
年金	※4 非課税年金は除く			
営業	※5			※5 必要経費もご記入ください。
農業	※5			
不動産	※5			
譲渡 ※6	1. 総合課税 2. 分離課税		特別控除額( )	※6 該当する番号に○を付けてください。
その他( )	※5			

## ③事業専従者

氏名	生年月日	続柄	専従者給与額または 専従者控除額
	昭・平 . .		
	昭・平 . .		
専従者控除額の合計額			

お問い合わせ  
 保険医療年金課 国民健康保険担当  
 TEL (0568)85-6158・6159 (直通)

入力者	入力日	課税標準額