

# 収入申告書

令和 年 月 日

たつの市長 様

日常生活用具給付・貸与申請にかかる添付資料として、次のとおり申告します。

**(1) 申告者欄** (障害者本人。児童の場合にはその保護者。)

|     |      |     |      |       |          |
|-----|------|-----|------|-------|----------|
| 申告者 | ふりがな |     | 生年月日 | 明治 大正 |          |
|     | 氏名   |     |      | 昭和 平成 | 年 月 日    |
|     | 居住地  | 〒 ー |      |       | 電話番号 ( ) |

**(2) 申告者の収入等記入欄** (令和 年1月～12月まで。市民税非課税世帯の方のみご記入ください。)

|          |                       | 項 目                               | 金 額 | 認 定 額      |
|----------|-----------------------|-----------------------------------|-----|------------|
| 収<br>入   | 所得金額                  | 給与収入・自営業収入                        | 円   | i)収入①<br>円 |
|          |                       | 工賃収入                              | 円   | ii)所得②     |
|          |                       | 不動産収入                             | 円   | 円          |
|          |                       | 雑収入                               | 円   | ③          |
|          |                       | 配当収入                              | 円   |            |
|          |                       |                                   | 円   | 円          |
|          | 公<br>的<br>年<br>金<br>等 | 障害基礎年金                            | 円   | ④          |
|          |                       | 障害厚生年金                            | 円   |            |
|          |                       | 障害共済年金                            | 円   |            |
|          |                       | 外国籍の無年金者に対して年金と同様の額を地方公共団体が支給するもの | 円   |            |
|          |                       | 労災年金                              | 円   |            |
|          |                       | その他の公的年金                          | 円   |            |
|          |                       | 心身障害者扶養共済の給付金                     | 円   |            |
|          |                       | 円                                 | 円   |            |
|          | 手<br>当                | 特別障害者手当                           | 円   | ⑤          |
| 障害児福祉手当  |                       | 円                                 |     |            |
| 経過的福祉手当  |                       | 円                                 |     |            |
| 特別児童扶養手当 |                       | 円                                 |     |            |
| 必要経費     | 社会保険料の納付額             | 円                                 | 円   |            |
|          | 租税の課税額                | 円                                 |     |            |

※ 必要経費は、申請者本人が支払ったものに限ります。

裏面につづく→

〈公的年金等〉

次に該当するものを公的年金等とする。

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、障害を事由として支給される労災による年金（前払い一時金を含む）、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

〈収入・必要経費に関する添付書類一覧〉

| 収入等の種類              | 添付する書類例                      |
|---------------------|------------------------------|
| 給与所得・事業所得・不動産所得・雑所得 | 市民税課税証明書（同意書があれば添付の必要はありません） |
| 工賃等収入               | 工賃等支払い明細書                    |
| 公的年金等               | 年金証書（写）、払込通知書（写）、預貯金通帳（写）    |
| 手当                  | 手当の証書（写）、払込通知書（写）、預貯金通帳（写）   |
| 社会保険料               | 領収証（写）                       |
| 租税の課税額              | 納税通知書（領収印の確認できるもの）（写）        |

**届出者欄**（申請者本人が届け出る場合には、本欄の御記入は不要です。）

|             |      |               |         |   |                               |
|-------------|------|---------------|---------|---|-------------------------------|
| 届<br>出<br>者 | ふりがな |               | 区 分     | <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者（ <input type="checkbox"/> 代筆） |                               |
|             | 氏 名  |               | 申請者との関係 |   |                               |
|             | 住 所  | 〒           — |         |   | 電話番号                   （    ） |

**認定欄**（以下は記入しないでください。）

| 申請内容    | 収入      | 必要経費 | 収入認定額 | 世帯区分 |
|---------|---------|------|-------|------|
| 月額負担上限額 | ②+③+④+⑤ |      |       | 低所得1 |
|         |         |      |       | 低所得2 |