

（社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認用）

年 月 日

収入及び資産状況等申告書

標記の件につきまして、次のとおり申告します。

被保険者 住所

氏名

1. 被保険者の前年の収入状況

① 公的年金の収入

年金の種類	年間支給額
	円
	円

② 年金以外の収入

収入の種類	年間収入額
	円
	円

2. 世帯員の前年の収入状況

氏名	収入の種類	年間収入額
		円
		円
		円
		円
		円

3. 被保険者の扶養状況について、該当するものに○をつけてください。

① 税法上の所得控除において、市町村民税が課税されている方の、扶養親族となっていますか。

(ア) いる (イ) いない

② 健康（医療）保険において、市町村民税が課税されている方の、被扶養者となっていますか。

(ア) いる (イ) いない

③ 市町村民税が課税されている方と、生計を共にしていますか。

(ア) いる (イ) いない

(裏面)

4. 被保険者及び世帯員の預貯金・資産等について

① 預貯金について

氏名	金融機関名	預貯金額
		円
		円
		円
		円
		円

② 日常生活に供する資産以外の資産について

所有者氏名	地目	面積	所在地
		m ²	
		m ²	

③ その他の財産（有価証券・債権などを含む）について

氏名	種類	評価概算額
		円
		円
		円

同意書

阿南市長 様

社会福祉法人等利用者負担軽減対象の決定のために必要があると認めるときは、私及び私の世帯員の収入状況、扶養状況、資産等について、官公署、金融機関、その他関係する機関等に対して、必要な文書の閲覧もしくは資料の提供を求めることに同意します。

被保険者氏名

世帯員氏名
