

世帯状況・収入

村上市長

提出する日付を記入

記入例

申告年月日 令和 〇年 〇月 〇日
申告者住所 村上市三之町 1 番 1 号
氏名 村上 太郎

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

障害者（20 歳未満の施設に入所する者を除く。）で配偶者がいる場合には、世帯員欄に配偶者を記入してください。

申請者が 20 歳未満の施設に入所する者又は、障害児の保護者の場合には、世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

	氏 名	生年月日	本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号		16 歳未満	16～18 歳	
申請者	村上 太郎	平成 元年 1 月 1 日 012345678910	本人	0	0	☐ 課税 ☒ 非課税
世帯員	村上 花子	平成 2 年 3 月 1 日 112233445566	妻	0	0	☐ 課税 ☒ 非課税
						☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
						☐ 非課税

世帯員の欄は、申請者が障害児の保護者の場合で、世帯全員分記入する欄が無い場合は、記入できる範囲でご記入ください。

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（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。）

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額

0 円

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

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）	986,585 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
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	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	国民健康保険税	25,000 円
		円
社会保険料		円
		円

（記入上の注意）

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

同意書

記入例

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条第1項に定める自立支援給付及び同法第77条第1項に定める地域生活支援事業の支給申請及び利用者負担額減額、免除等の申請に際し下記の項目について同意します。

提出する日付を記入

令和 ○年 ○月 ○日

村上市長 あて

- ・サービス等利用計画等を作成するためには必要があるときは、支給等決定にかかる調査内容を指定事業者・施設・基準該当事業者等に提示することに同意します。
- ・生活保護又は中国残留邦人支援法に基づく支援給付の受給状況について、必要な際、職員が閲覧することに同意します。
- ・介護保険の受給状況について、必要な際、職員が閲覧することに同意します。
- ・転出時等、必要な際は、各台帳を他市町村等に対し提示することに同意します。
- ・自立支援給付及び地域生活支援事業に関係する支給等決定及び利用者負担額減額、免除等の決定のために必要があるときは、世帯員の住民基本台帳及び課税状況につき、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

申請者 住所 村上市三之町1番1号

申請者の住所・氏名・押印

氏 名 村上 太郎

印

同居家族 氏 名 村上 花子

印

申請者の配偶者の
氏名・押印

氏 名

印

氏 名

印

※サービス利用対象者が18
歳未満の場合は世帯全員

氏 名

印

氏 名

印

氏 名

印

※ 氏名欄には申請者が障がい者の場合は、本人の他、同一世帯の配偶者を、申請者が障がい児の保護者の場合は本人（保護者）の属する住民基本台帳上の世帯全員について記入してください。

※ 同意をいただいた場合でも必要がある場合は、住民票及び課税状況のわかる書類の提出をお願いすることがあります。