

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

(別紙)

収入申告書

大津市長 あて

(同一世帯の主たる生計維持者)

住所 _____

氏名 _____

被保険者との関係 _____

私の令和 年及び令和 年中における収入は以下のとおりであることを、関係書類を添えて申告します。

また、介護保険料減免の決定のために必要があるときは、私の収入の状況につき、貴職が官公署、年金保険者又は私の雇主その他関係人に報告を求めることに同意します。

収入の種類	令和 年中の収入(給付金を除く) (収入に係る所得額)	令和 年中の収入(見込)※	減少率【判定】 (記入不要)
事業収入 (収入に係る所得額)	円 B(_____ 円)	円	
不動産収入 (収入に係る所得額)	円 B(_____ 円)	円	
山林収入 (収入に係る所得額)	円 B(_____ 円)	円	
給与収入 (収入に係る所得額)	円 B(_____ 円)	円	
上記以外の収入 (収入に係る所得額)	円 判定(_____ 円)	円	
合計所得金額	円 C _____ 円		

※収入減少に対して保険金、損害賠償等により補填される場合には、見込まれる収入額に加算して記入願います。