

# 世帯状況・収入申告書 兼 同意書

④

(障害福祉サービス・障害児福祉サービス・地域生活支援事業 共通様式)

斑鳩町長 様

申告年月日 令和 年 月 日

申告者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(18歳以上の場合は本人、18歳未満の場合は保護者)

障害福祉サービス、障害児福祉サービス、地域生活支援事業におけるサービス利用の申請に際し、自己負担額の決定のため、次のとおり所得状況等の申告をします。

なお、所得状況等の確認に際し、福祉課職員が、障害者本人、および世帯員の個人番号を確認すること、所得等の税務情報、特別児童扶養手当等の給付情報、生活保護の受給情報等について、関係部署に調査・照会を行なうことに同意します。

## 1 世帯の状況等について (太枠内をご記入下さい)

	氏名	生年月日	続柄	同意印	市町村民税課税状況 (均等割も含む)	市町村民税 (所得割額)
(申告者)				(印)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号： ※障害者が18歳以上の場合は障害者本人、 18歳未満の場合は保護者の氏名を記載				【利用負担上限月額】 0円・4,600円(児) ・9,300円(者)・37,200円	
(配偶者)				(印)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：					
(世帯員) ※障害者が18歳未満の場合のみ				(印)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：					
				(印)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：					

(斑鳩町以外の他市町村が住民税の課税権者の場合は、その市町村の課税証明書等を添付下さい。)

○裏面については、療養介護、医療型児童発達支援、施設入所支援利用者のみご記入下さい。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 斑鳩町 電話番号		

(記入上の注意)

1. 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。
2. 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。
3. 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。

◎この欄は、療養介護、医療型児童発達支援、施設入所支援利用者のみご記入下さい  
入所施設での補足給付額等の算定において必要になります。

## 2 申請者の収入の状況について

### (1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	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・厚生・共済）年金、障害特別給付金 □遺族（基礎・厚生・共済）年金 □老齢（基礎・厚生）年金 □その他 （※年金通知書や通帳など振込額のわかるものをご持参下さい。）	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 （※受給者証や通帳などをご持参下さい。）	円
	工賃等収入 （※利用事業所から工賃証明書をいただいできて下さい。）	円
そ の 他 収 入	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	市町村民税	円
	所得税	円
社会保険料	健康保険料（国民健康保険、後期高齢者医療保険など）	円
	介護保険料	円
	その他	円

#### ○添付書類の確認

- 障害年金や特別障害者手当等の受給額が分かるもの
- 工賃証明書
- 健康保険料や介護保険料がわかるもの

(障害福祉サービス・障害児福祉サービス・地域生活支援事業 共通様式)

斑鳩町長 様

申告年月日 令和 年 月 日

申告者 住所 斑鳩町法隆寺西〇-〇-〇 斑鳩  
氏名 斑鳩 太郎 印

(18歳以上の場合は本人、18歳未満の場合は保護者)

障害福祉サービス、障害児福祉サービス、地域生活支援事業におけるサービス利用の申請に際し、自己負担額の決定のため、次のとおり所得状況等の申告をします。

なお、所得状況等の確認に際し、福祉課職員が、障害者本人、および世帯員の個人番号を確認すること、所得等の税務情報、特別児童扶養手当等の給付情報、生活保護の受給情報等について、関係部署に調査・照会を行なうことに同意します。

## 1 世帯の状況等について (太枠内をご記入下さい)

	氏名	生年月日	続柄	同意印 斑鳩 印	市町村民税課税状況 (均等割も含む)	市町村民税 (所得割額)
(申告者)	斑鳩 太郎	〇年〇月〇日	本人	斑鳩 印	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 ※障害者が18歳以上の場合は障害者本人、 18歳未満の場合は保護者の氏名を記載				【利用負担上限月額】 0円・4,600円(児) ・9,300円(者)・37,200円	
(配偶者)	斑鳩 花子	〇年〇月〇日	妻	斑鳩 印	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 ※障害者が18歳以上の場合のみ記入。 配偶者がいない場合は記入不要					
(世帯員) ※障害者が18歳未満の場合のみ	斑鳩 次郎	〇年〇月〇日	子	斑鳩 印	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
	個人番号：				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

(斑鳩町以外の他市町村が住民税の課税権者の場合は、その市町村の課税証明書等を添付下さい。)

○裏面については、療養介護、医療型児童発達支援、施設入所支援利用者のみご記入下さい。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ	イカガ ハナコ	申請者	妻
氏名	斑鳩 花子	との関係	
住所	〒636-0000 斑鳩町法隆寺西〇-〇-〇		電話番号 0745-00-0000

(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。

◎この欄は、療養介護、医療型児童発達支援、施設入所支援利用者のみご記入下さい  
入所施設での補足給付額等の算定において必要になります。

## 2 申請者の収入の状況について

### (1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

### (2) 収入等の状況

収入 (A) (年収)

区分	種 類	金 額
稼 得 等 収 入	障害年金等 □障害（基礎・厚生・共済）年金、障害特別給付金 □遺族（基礎・厚生・共済）年金 □老齢（基礎・厚生）年金 □その他 （※年金通知書や通帳など振込額のわかるものをご持参下さい。）	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 （※受給者証や通帳などをご持参下さい。）	円
	工賃等収入 （※利用事業所から工賃証明書をいただいてきて下さい。）	円
そ の 他 収 入	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

**療養介護、施設入所支援、  
医療型児童発達支援を利  
用する人以外は記入する必要  
はありません**

### 必要経費 (B)

種 類	内 容	金 額
租 税	市町村民税	円
	所得税	円
社会保険料	健康保険料（国民健康保険、後期高齢者医療保険など）	円
	介護保険料	円
	その他	円

### ○添付書類の確認

- 障害年金や特別障害者手当等の受給額が分かるもの
- 工賃証明書
- 健康保険料や介護保険料がわかるもの