

◎この申告書の提出期限は 月 日までです。 (年度用)

(宛先) 秦野市長	ふりがな		電話番号
	氏 名		—
	現住所 秦野市		
	年 月 日 出 年 1 月 1 日現在の住所		

介護保険料算定のための所得申告書

世帯 番号	
----------	--

被保険者番号					
ふ り が な					
氏 名					
生 年 月 日					
申告の有無		有 無 税務署 市民税課	有 無 税務署 市民税課	有 無 税務署 市民税課	有 無 税務署 市民税課
給 与 収 入					
(上記中専従給与収入)					
営 業					
農 業					
その他の事業					
(そ の 他)					
専従者控除額					
年金 収入 等	種 類	1 厚生・共済年金 2 国民年金 3 遺族年金 4 障害年金 5 その他 ()	1 厚生・共済年金 2 国民年金 3 遺族年金 4 障害年金 5 その他 ()	1 厚生・共済年金 2 国民年金 3 遺族年金 4 障害年金 5 その他 ()	1 厚生・共済年金 2 国民年金 3 遺族年金 4 障害年金 5 その他 ()
	収 入				
控除対象配偶者 及び扶養親族					
無 収 入 の 場 合	失業中 病気療養中	どのように生活を維持されたか記入してください。			
	扶養されていた 仕送りにより生活	扶養（仕送り）者名	続柄	電 話 番 号	年間仕送り額