

社会福祉法人等利用者負担軽減申請に伴う収入(資産等)申告書

年 月 日

伊丹市長 様

年中の私の世帯の収入および資産について、下記のとおり申告いたします。また、社会福祉法人等による軽減制度に係る者及び世帯の所得等について、伊丹市の市税に関する所得状況等の調査を承諾します。

〒
住所 _____
電話 _____
氏名 _____
(被保険者番号 _____)

1. 本人の収入および預貯金等資産状況

収 入

収入の種類	年 額
①年金・恩給等	円
②働いて得た収入	円
③仕送り	円
④その他	円
合 計	円

その他資産等

預貯金額	円
不動産の有無	有・無
有価証券等の有無	有・無
扶養親族の有無	有・無

※預貯金については、必ず全ての通帳のコピーを添付してください。

2. 同居家族の収入および預貯金額等(有・無)

収入がある家族名	収入の種類	収入年額	預貯金額	不動産の有無
		円	円	有・無
		円	円	有・無
		円	円	有・無
合 計		円	円	

3. 収入・扶養親族がない場合の生計方法(例:貯蓄の取り崩し等)

●伊丹市記入欄(この欄は記入しないでください)

収入認定額等	・市民税課確認 (年 月 日)	世帯課税	・世帯非課税
	・本人収入額	円	・世帯員収入合計額 円
	・本人預貯金額	円	・世帯員預貯金合計額 円
適用:			