

## 世帯状況・収入等申告書（施設入所者・療養介護利用者）

次のとおり申告し、提出した書類では負担上限月額又は特定障害者特別給付費の認定等に必要な情報が確認できない場合には、私及び私の世帯員に関する年金受給状況等の調査、照会又は閲覧することについて同意します。

### 1. 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	市民税の状況（該当項目に☑してください。）		
本人		年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 生活保護
配偶者		年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 生活保護

### 2. 障害者本人の収入状況について

区分	種類	金額（年額）	添付書類	
収入	年金等	障害基礎年金 1 級	円	年金振込通知書写し等
		障害基礎年金 2 級	円	
		年金生活者支援給付金	円	
		その他の年金（                    ）	円	
	就労	工賃等就労収入	円	工賃等証明書写し等
		失業等給付・傷病手当	円	給付額を証明するもの写し等
	その他	特別障害者手当	円	収入額を証明するもの写し等
		障害児福祉手当		
		経過的福祉手当		
		仕送り収入	円	収入額を証明するもの写し等
		不動産等による家賃収入	円	収入額を証明するもの写し等
		その他（                    ）	円	収入額を証明するもの写し等
	必要経費	租税	円	領収書の写し等
		社会保険料（国民健康保険税等）	円	領収書の写し等

通帳の写しにて各項目の年額が確認できれば、その項目の添付書類は不要です。

### 3. 申告書提出者 ※障害者本人の場合、記入不要

フリガナ		障害者との関係
氏名		〒
連絡先		住所
	※事業所の場合は事業所連絡先	※事業所の場合は事業所名と事業所所在地