

收入申告書

令和 年 月 日

益田市長 様

住所

氏 名

介護保険社会福祉法人による利用者負担額軽減申請にあたり、私の令和 年
申の収入について、次のとおり申告します。

種 類	金 額 (年 額)
恩給・年金等収入 () 年金 (障害年金・遺族年金を含む)	円
財産収入	円
利子・配当金収入	円
その他の収入	円
計	円

(注) 収入額を確認できる資料（年金振込通知書、年金改定通知書、年金振込通帳、所得税等の確定申告書の控えなど）を添付してください。