

# 収入・所得明細書

(介護保険料減免申請用)

私の今年の収入額（見込み額）は次のとおりです。

氏名 \_\_\_\_\_

(単位：円)

|     | 給与収入 | 年金収入 | 営業収入 |    | その他収入<br>( ) | 備考 |
|-----|------|------|------|----|--------------|----|
|     |      |      | 収入   | 経費 |              |    |
| 1月  |      |      |      |    |              |    |
| 2月  |      |      |      |    |              |    |
| 3月  |      |      |      |    |              |    |
| 4月  |      |      |      |    |              |    |
| 5月  |      |      |      |    |              |    |
| 6月  |      |      |      |    |              |    |
| 7月  |      |      |      |    |              |    |
| 8月  |      |      |      |    |              |    |
| 9月  |      |      |      |    |              |    |
| 10月 |      |      |      |    |              |    |
| 11月 |      |      |      |    |              |    |
| 12月 |      |      |      |    |              |    |
| 合計  |      |      |      |    |              |    |

|            |   |
|------------|---|
| 地方税法上の扶養人数 | 人 |
|------------|---|

- ※1～3月に申請する場合は前年中に確定した収入額を記載してください。  
 ※記載する金額は所得や手取り金額ではなく、収入額（額面の金額）です。  
 ※申請月より前の月については確定した収入額を記入してください。申請月以降は収入見込み額を記入してください。  
 ※収入がある場合、内訳がわかる給与明細書や年金振込通知書等を添付してください。  
 ※退職により収入が減少した場合は退職証明や離職票など退職した日付がわかる書類を添付してください。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

住所

氏名