第　　　　　　号

窓空宛名

年　月　日

様式番号

　　　　年度 **介護保険収入状況簡易申告書**

**固定文言１**

次のとおり届出ます。

申告提出年月日　　　　　　　　年　　 月　　 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者番号 |  | 対象者氏名 |  |
| 生年月日 |  | 職業 |  |
| 現住所 |  | 電話番号 |  |
| 世帯主の氏名  及び続柄 |  |

①　所得金額等（　　　　年１月１日～１２月３１日までの収入または所得）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所得の種類 | | Ⓐ収入金額 | Ⓑ必要経費 | Ⓒ所得金額(Ⓐ－Ⓑ) | **固定文言２**  備考 |
| 営業 | | 円 | 円 | 円 | **固定文言３＋編集１** |
| 不動産 | | 円 | 円 | 円 |  |
| 農業 | | 円 | 円 | 円 |  |
| 給与 | | 円 | 円 | 円 | ※特定支出額がある場合は  必要経費に記入 |
| 年金 | | 円 | 円 | 円 | ※遺族年金・障害年金等  　非課税年金を除く |
| 譲渡 | | 円 | 円 | 円 | ※下記②欄に必要事項を  記入してください |
| そ  の  他 |  | 円 | 円 | 円 |  |
|  | 円 | 円 | 円 |  |
| 住民税課税区分 | | 課税　・　非課税 | |

②　譲渡所得に関する事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資産の種類  (〇印を付してください) | 左の資産を  取得した年月日 | 譲渡した年月日 | 特別控除額 |
| 1　土地建物等  2　その他の資産 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 | 交換買換・収用・居住財産  その他(　　　　　　　　　　　　　)  円 |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

**自由記載１**