第　　　　　　号

様式番号

窓空宛名

（照会先の市区町村）

年　月　日

印

○○市（町村）長

**住民税の課税状況について（照会）**

**固定文言１＋編集１**

　介護保険料算定の賦課資料として住民税課税状況等を必要としますので、お忙しいと存じますが、調査の上、

　　　年　　月　　日までにご回答くださいますようお願いいたします。

　なお、この照会は、介護保険法第２０３条　第１項の規定に基づくものです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照会対象者 | 氏名 | （ ） | 生年月日 |  | |
| 貴管内住所 |  | | | | 課税年度 |
| 現住所 |  | | | | 年度 |

|  |  |
| --- | --- |
| （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 |

第　　　　　　号

○○市（町村）長　様

年　月　日

**住民税の課税状況について（回答）**

●●市（町村）長 印

課税年度：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照会者氏名 | | ( ) | | 性別 |  | 生年月日 |  | |
| 照会者  税情報 | 合計所得金額 | | 円 | | 特別控除額 ※ | | | 円 |
| 公的年金等の収入金額 | | 円 | | 課税所得（調整控除前） | | | 円 |
| 減免前市町村民税 | | 所得割額：　　　　　　　円 | | 均等割額： | | | 円 |
| 市町村民税減免額 | | 所得割額：　　　　　　　円 | | 均等割額： | | | 円 |
| 給与所得額 | | 円 | | 公的年金等に係る雑所得 | | | 円 |
| 所得金額調整控除額 | | 円 | |  | | | |
| 不明時の理由 | | 未申告・非課税（要件：　　　　　　　　　　　　）・該当なし・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 賦課期日後転入者の場合の  転入日及び前住所地 | | | 〒  年　　月　　日 転入 | | | | | |

**自由記載１**

※ 特別控除額は、分離長期譲渡所得及び分離短期譲渡所得の特別控除の合計額（最大5,000万円）