

収 入 申 告 書

—— 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請用 ——

年 月 日

久留米市長 あて

氏名

（被保険者） の社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認申請にあたり、私の 年1月から12月までの収入について次のとおり申告します。

なお、内容について事実と相違ありません。

	種 類	金 額（年額）	備 考
収 入 (A)	年金収入	円	
	・ 障害基礎年金		
	・ 障害厚生年金		
	・ 遺族基礎年金		
	・ 寡婦年金		
	・ 遺族厚生年金		
	・ その他の年金		
	その他収入		
	計		
必 要 経 費 (B)	租税		
	医療費		
	社会保険料		
	その他必要経費		
	計		
差引額（A－B）			

・被保険者と同一世帯の方全員分を1人1枚で記入してください。

＜添付書類：年金振込通知書、年金改定通知書、給与証明書、給与支払い証明書、確定申告書の写し等収入や必要経費が分かるもの＞