

世帯状況・収入等申告書

立川市長殿

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第20条第1項及び児童福祉法第21条の5の6第1項の申請に係る負担上限月額算定のために必要な事項について、公簿等により確認することを同意します。

申告年月日 令和 年 月 日

申告者（保護者）住所

申告者（保護者）氏名

所得確認の同意になります。
住所、氏名の記入をお願いします。

1 世帯の状況等について

区分	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
本人	立川 太郎	S●●年●●月●●日		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課税
配偶者	立川 花子	S●●年●●月●●日		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課税
*利用者が18歳未満の場合のみご記入ください。（18歳以上はこの欄は記入不要）				
世帯員		年 月 日	父	☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課税
		年 月 日	母	☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課税
		年 月 日		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課税
		年 月 日		☐ 生活保護 ☐ 非課税 ☐ 課税

2 市民税の課税状況

☐非課税 ☐均等割のみ課税 ☐均等割と所得割課税 上記の対象となる世帯員の市民税合算額 ●●●●●●円

3 【施設入所支援・療養介護利用者のみ】収入状況

(1) 収入等の状況

内 訳		合 計 額 (年額)
非課税証明書に記載されている合計所得金額		円
各 種 年 金	☐ 障害基礎年金(級) ☐ 障害厚生年金(級)	円
	☐ 障害共済年金(級) ☐ 特別障害給付金	
	☐ 障害を事由に支給される労災による年金等 ☐ 遺族基礎年金	
	☐ 遺族厚生年金 ☐ 遺族共済年金 ☐ 老齢基礎年金 ☐ 老齢厚生年金	
	☐ その他年金()	
	国手当 ☐ 特別障害者手当 ☐ 障害者手当 ☐ 経過的福祉手当	
各 種 手 当	☐ 児童育成手当(都) ☐ 心身障害者福祉手当(都)	円
	☐ 難病手当(市)	円
そ の 他 収 入	☐ 工賃等	円
	☐ 不動産等による家賃収入	円
	☐ 仕送りその他の収入()	円

(2) 必要経費

種 類	内 容	合 計 額 (年額)
租 税		円
社会保険料		円

4 【療養介護・肢体不自由児通所医療受給者証対象者】加入している医療保険等

※「保険証」及び「標準負担額減額認定証」のコピーも添付してください。

加入保険の名称

医療保険有効期間

↓ 記入をお願いします。 ↓

提出者		□本人（又は障害児の保護者）（下の欄は記入不要） □本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ	続柄	住所	〒
氏 名		電話	

(記入上の注意)
2. 収入のうち証明書等がある者は、この申請書に必ず添付してください。
不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

