**収入等申告書**

年　　月　　日

秋田県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者氏名　　　　　　　　　　印

　収入等について次のとおり申告します。

１ 世帯主名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　齢 | 勤務先名称等 |
|  |  |  |

２ 収入の状況等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 前　　年　　分 | 区　分 | 収入の種類 | Ⓐ収入金額 | Ⓑ必要経費 | Ⓒ所得金額等（Ⓐ－Ⓑ） |
| 世帯主（被保険者である世帯主含む） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 被保険者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 被保険者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当　該　年　分 | 区　分 | 収入の種類 | Ⓐ収入金額 | Ⓑ必要経費 | Ⓒ所得金額等（Ⓐ－Ⓑ） |
| 世帯主（被保険者である世帯主含む） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 被保険者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |
| 被保険者 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

※１ 記載事項の注意

　① 収入の種類は、事業、不動産、給与、公的年金、遺族年金、障害年金等を記載すること。

　② 給与、年金については必要経費を記載しないこと。

※２ 添付書類について

　① 収入金額を証明するもの（所得証明書等）

　② 災害の程度を証明するもの（罹災証明書等）

　③ 保険金、損害賠償金等により補てんされるときは、補てんされるべき額を証明するもの（保険証書等）

④ 刑事施設等に拘禁されていることを証明するもの（在監証明書等）