

## 年度 介護保険料のための所得申告書

被保険者番号	
被保険者氏名	
電話番号	

大阪市長

年中( 年1月1日～12月31日)の所得について、次のとおり申告します。

氏名			
所得の有無	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし

上記「1 あり」に○をされた方は、「①所得ありの方」に金額等を記入してください。

上記「2 なし」に○をされた方は、「②所得なしの方」に該当する番号等を記入してください。

## ①所得ありの方

公的年金等 収入額(※)	円	円	円
給与収入額	円	円	円
上記以外の 所得金額	所得の名称	所得の名称	所得の名称
	円	円	円

(※)遺族年金・障がい年金・老齢福祉年金は非課税年金となりますので、金額の記入は必要ありません。

## ②所得なしの方

次の該当する番号を記入してください。

- 1 家族からの仕送りで生活、2 雇用(失業)保険で生活、3 生活保護を受けていた、
- 4 預貯金で生活、5 扶養されていた、6 その他(「6 その他」の場合、その理由も記入してください)

番号			
「6 その他」の 理由			

この申告書は、介護保険料の災害における減免を審査するための申告書です。