

収 入 状 況 等 申 告 書

年 月 日

石狩市長 様

氏名

私の収入状況等について、次のとおり申告します。

1 世帯構成

※ 世帯構成とは、減免上の対象世帯構成員をいいます。本人及び本人が扶養している親族のみを記載してください。

氏 名	続柄	生年月日 (年齢)	職業等	同居の有無
	本人	・ ・ (歳)		同居・別居
		・ ・ (歳)		同居・別居
		・ ・ (歳)		同居・別居
		・ ・ (歳)		同居・別居

2 現在の状況

減免の申請をする方の該当する項目を記載してください。

<input type="checkbox"/> 仕事をしていない <input type="checkbox"/> 失業後再就職等した
離職（廃業）年月日 年 月 日

3 前年の収入金額の状況 （申請する日の前年1年間の収入額）

(1) 給与又は年金の収入

氏 名	給与収入（年額）	年金（年額）	所得税及び社会保険料の源泉徴収額（年額）	課税資料と同額のため記載省略する場合（チェックを記入）
納税義務者本人	円	円	円	<input type="checkbox"/> 記載省略

(2) 事業（営業・農業・不動産・譲渡・一時・雑所得・その他）所得

氏 名	事業種類	収入（A）	必要経費（B）	所得（C） (A)－(B)	課税資料と同額のため記入省略する場合（チェックを記入）
納税義務者本人		円	円	円	<input type="checkbox"/> 記載省略

(3) その他の収入

雇用保険給付、傷病手当、児童手当、児童扶養手当その他の公的給付又はそれ以外の収入について記載してください。

受給者氏名	種 類	年 額	備 考
納税義務者本人		円	
同上		円	

別記第53号の5様式（第43条関係）（第2面）

4 課税年度の初日の属する年中の収入の額（収入見込額）

世帯員の収入見込額について、(1) 又は(2)から1つ選んで申告してください。

- ・ 収入見込額が見込める方 → (1) により記載してください。
- ・ 月収が不均一のため3月分又は6月分の平均金額により算出が必要な方 → (2) により記載してください。

(1) 給与等の収入及び社会保険料等（見込額が分かる場合）

☐ 収入に関する資料の提出により記載の省略をします。

☐ 次のとおり申告します。

対象者	本人		同一生計配偶者		配偶者以外の扶養親族	
収入の種類 (○をつけてください。)	給与・年金・雇用保険給付金・事業所得・その他 ()		給与・年金・雇用保険給付金・事業所得・その他 ()		給与・年金・雇用保険給付金・事業所得・その他 ()	
	収入金額	源泉所得税及び社会保険料	収入金額	源泉所得税及び社会保険料	収入金額	源泉所得税及び社会保険料
1 月	円	円	円	円	円	円
2 月	円	円	円	円	円	円
3 月	円	円	円	円	円	円
4 月	円	円	円	円	円	円
5 月	円	円	円	円	円	円
6 月	円	円	円	円	円	円
7 月	円	円	円	円	円	円
8 月	円	円	円	円	円	円
9 月	円	円	円	円	円	円
1 0 月	円	円	円	円	円	円
1 1 月	円	円	円	円	円	円
1 2 月	円	円	円	円	円	円
賞与 (月分)	円	円	円	円	円	円
賞与 (月分)	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円	円

(2) 平均給与等により収入見込額を算出する場合

減免申請をした日前3月分又は確認できる月分の給与支給明細等から年間支給見込額を算出します。

氏 名	平均給与等総支給見込額 (A)	源泉所得税及び社会保険料の徴収見込額 (B)	年間推計額 (A－B) × 支給月数
納税義務者本人	円	円	円
	円	円	円

(3) その他の収入

雇用保険給付、傷病手当、児童手当、児童扶養手当その他の公的給付又はそれ以外の収入について記載してください。

受給者の氏名	種 類	年 額	備 考
納税義務者本人		円	
		円	

(4) 預貯金の現在高

所有者	金融機関名	預貯金	自宅で保管している現金
納税義務者本人		円	円
同上		円	円

※ 預貯金については、通帳の写しを添付してください。

※ 自宅保管している現金は、月収額を超える程度の現金を保管している場合は、申告により記載してください。

5 市長が定める基準額を算定するための状況の確認

(1) 住宅の状況

次のいずれかに該当するか○を付けてください。

ア 居住用の家屋を所有している。

イ 居住用の家屋を賃貸又は間借りしている。

（地代又は家賃の月額 円）※月額の家賃を記載してください。

(2) 障害を有する方の状況

1 で記載した家族の中に次に該当する方がいる場合は、次により記載してください。

ア 身体障害者手帳の等級が1級から3級までの方

イ 精神障害者保健福祉手帳の等級が1級又は2級の方

ウ 障害年金の等級が1級又は2級の方

エ 特別児童扶養手当、特別障害者手当又は障害児福祉手当の受給を受けている方

氏 名	氏 名

※ 上記に該当する場合は、障害に関する手帳、認定通知書等の写しを添付してください。

(3) 母子（父子）家庭等の状況

次に該当する場合は、○を記載してください。

	母子（父子）加算の対象に該当します。
--	--------------------

※ 上記に該当する方は、ひとり親家庭、両親がいない家庭又はこれに準ずる状態にあるため、父母の他方又は父母以外のものが児童（18歳に達する以後の最初の3月31日までの間にある者）等を養育している方です。

(4) 社会保険料の負担（見込）額

※ 上記4の(1)及び(2)で記載した源泉徴収されている社会保険料以外のものを記載してください。

項 目	納税（付）義務者	年 額
国民健康保険税（料）		円
後期高齢者医療保険料		円
介護保険料		円
国民年金		円
		円
		円