

収入状況申告書

被保険者番号		被保険者氏名		
生活が困難となった理由				
困難な理由が生じたとき				
災害罹災の場合	損害保険加入の有無 有・無	受給金額	円	
失業の場合	退職金の有無 有・無	金額	円	
民間医療保険加入の有無 有・無	給付額	日額	円	
世帯収入状況	氏名	続柄	所得の種類	
		世帯主	実収月額	
			円	
			円	
預貯金の額	・口座名義() 円 ・口座名義() 円 ・口座名義() 円			
資産の有無	有・無	種類	・宅地 ・耕地 ・その他土地() ・家屋 ・その他建物()	
住居の状況	・持ち家(名義人) ・借家 ・その他()			
家賃	月額 円			
同居以外の親族の状況 (直系血族及び兄弟姉妹)	住所			
	氏名	世帯主との続柄		
	援助の可否 可・否	援助可能な金額	月額 円	
		援助できない理由		
	住所			
	氏名	世帯主との続柄		
援助の可否 可・否	援助可能な金額	月額 円		
	援助できない理由			
年 月 日				
被保険者氏名			印	

※実収月額を証明する書類、預貯金通帳その他証明書類を添付すること。

この証明書は、国民健康保険一部負担金の減額、免除及び徴収猶予の申請のため、美幌町長に対し、被保険者が生活状況の申告をする場合に必要なものです。

当月及び前3か月分の期間におけるすべての支払額及び控除額(当月分は見込み額)について、それぞれ内訳を明らかにして記入してください。