様式第５号（第５条関係）

対象収入額申告書

八頭町長　　　　様

八頭町身体障害者更生援護施設入所等措置費徴収規則第４条第１項の規定により私の　　年中の対象収入額について、下記のとおり申告します。

　　　　　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　㊞

（　　　年　　月　　日生）

記

|  |
| --- |
| 入所施設名 |
| 種類 | 金額（年額） |
| 収入Ａ | 恩給・年金等収入（　　　　　　）年金（　　　　　　）年金財産収入利子・配当収入その他収入 | 円 |
| 計 | 円 |
| 必要経費Ｂ | 租税医療費社会保険料［国保・その他（　　）］日用品費（日常生活費）その他必要経費 |  |
| 計 | 円 |
|  | 対象収入額（Ａ－Ｂ） | 円 |

|  |
| --- |
| 徴収予定額認定欄階層区分　　　　　　　　　徴収予定額　　　　　　　　　　円確認者・職氏名　　　　　　　　　　　　 |