様式第２号（第５条関係）

収　入　等　申　告　書

年　　月　　日

対象者氏名		被保険者番号	

介護保険料所得段階	第　　段階	※第一号被保険者（65歳以上）のみ記入
市町村民税の扶養親族	対象者が市町村民税が課税されている者の扶養親族と □なっていない　□なっている（扶養者　　）	
医療保険の被扶養者	対象者が市町村民税が課税されている者の医療保険の被扶養者と □なっていない　□なっている（扶養者　　）	

		氏名	続柄	収入金額（年額）	収入の種類
世帯構成	世帯主				
	世帯員				

燕市長　　様

世帯の　　年中の収入等について、上記のとおり申告します。

年　　月　　日

住所

申請者　　電話番号　　（　　）

氏名　　㊞