様式第 49 号(第 51 条関係)

年　　月　　日

介護保険料に関する申告書

時津町長　様

次のとおり、　　年中の収入について申告します。

被保険者	被保険者番号													
	個人番号													
	フリガナ												生年月日	年　　月　　日
	氏　　名												性　　別	男　・　女
													世帯主名	
	現住所	〒 電話番号　　(　　)												
	1月1日現在の住所													

1　所得の状況

年1月1日から12月31日までの収入

①　給与		円
②　年金	遺族・障害年金	円
	老齢年金(国民・厚生・福祉年金)	円
③　その他の収入	営業や不動産等の事業	円
	土地・家屋や株等の売却	円
	生命保険金等その他の収入	円

2　世帯員の市町村民税の有無

氏　　名	生年月日	続柄	市町村民税の課税
(本人)	年　　月　　日		有　・　無
	年　　月　　日		有　・　無
	年　　月　　日		有　・　無
	年　　月　　日		有　・　無
	年　　月　　日		有　・　無
	年　　月　　日		有　・　無