

社会福祉法人利用者負担軽減対象確認申請用

収入等申告書

年 月 日

函館市長 様

〒
住所
申請者
氏名 ④

私の世帯に係るすべての収入等について、下記のとおり申告いたします。
なお、この申告書および添付書類の記載内容は事実と相違ありません。
また、必要な税関係の調査に同意いたします。

収入	氏 名	年 間 収 入
		円
		円
		円
預貯金等	預貯金等 (現金含む)	円
	有価証券または 債券	円
資 産	日常生活のために必要な資産以外に利用 し得る資産の有無	有 ・ 無
保険料の 滞 納		有 ・ 無
扶 養 の 有 無		有 ・ 無

※ 真実と異なった申請をして不正に負担額の軽減を受けた場合は、軽減を取り
消し、軽減を受けた額を返還していただくことになります。