様式第1号（第4条関係）

対象収入額申告書

日南町長　　　　殿

日南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、対象収入額について次のとおり申告します。

　　年　　月　　日

住所

申告者

氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 代理人 | 住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  |
| 入所施設名 |  |
| 種類 | 金額（年額） |
| 収入 | 恩給・年金収入（　　　　　）年金財産収入利子・配当収入その他の収入 | 円 |
| 計（Ａ） |  |
| 必要経費 | 租税医療費社会保険料日用品費（日常生活費）その他の必要経費 | 円 |
| 計（Ｂ） |  |
| 差引額（Ａ－Ｂ） | 円 |

注1　「代理人」欄は、申告者に代わってその代理人が本書を作成した場合に記入すること。

2　「入所施設名」欄は、申告者の入所している施設について記入すること。

3　収入及び必要経費については、その額を確認することのできる書類を添付すること。