

裏面の記入例をよくお読みください。
記入もれがあると受付できません。
もれのないように記入してください。

施設・事業所名			
児童番号			

収入申告書

年 月 日

神戸市長 及び 福祉事務所長 宛

氏名	〔続柄： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()〕		
児童氏名	(児童生年月日) 年 月 日		

利用者負担額の算定資料として、次のとおり申告します。

年分

	収入額(円)	勤務先・就労場所	仕事内容
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
賞与等			
合計			

保険料支払額	社会保険料等	(新)生命保険料	(旧)生命保険料	介護保険料
	円	円	円	円
扶養親族数	(新)年金保険料	(旧)年金保険料	地震保険料	
	円	円	円	円
該当控除等	控除対象者	16歳未満	特定扶養	
	配偶者	有・無	人	人
障・特障・老・寡・勤学				