

第19号様式(第27条)

年度介護保険料等算定のための収入申立書(年中の収入)

(申立先)

横浜市 区長

年 月

日

課	係あて	被保険者番号	
住 所			
被保険者氏名		電話番号	
所得未確認者 氏 名		生年月日	

- 1 税金の申告を済ませた人は、申告年月日・申告先・申告書に記載した住所を記入してください。

年 月 日に _____ へ申告済(税務署又は区役所等の名称)

申告書に記載した住所 _____

- 2 年金又は恩給の支給を受けていた人は、その種類に○印を付け、 年1月1日から12月31日までの間の収入額を記入してください。

国民年金の「老齢基礎年金」、「障害基礎年金」、「遺族基礎年金」、「寡婦年金」、「死亡一時金」

厚生年金の「老齢厚生年金」、「障害厚生年金」、「障害手当金」、「遺族厚生年金」

共済年金の「退職共済年金」、「障害共済年金」、「障害一時金」、「遺族共済年金」

普通恩給、遺族恩給

老齢福祉年金

上記の 年1月1日から12月31日までの間の収入額は_____円です。

- 3 上記以外の収入があった人は、その種類に○印を付け、又は収入の名称を記入し、年1月1日から12月31日までの間の収入額を記入してください。

給与(アルバイト、パート)収入

上記の 年1月1日から12月31日までの間の収入額は_____円です。

雇用保険法による失業等給付(失業保険金)

上記の 年1月1日から12月31日までの間の収入額は_____円です。

上記の 、 以外の収入の場合は名称を記入してください。

上記の 年1月1日から12月31日までの間の収入額は_____円です。

- 4 収入が全くなかった人は、 年1月1日から12月31日までの間の生活状況について記入してください。

収入がある人に扶養されていた。

扶養していた人の住所 _____

扶養していた人の氏名 _____ 所得未確認者との続柄 _____

その他(具体的に記入してください。) _____