

※ 太線内を記入してください。

\*受付 年 月 日

福祉医療費所得状況届					
受給資格者	氏名			住所	
個人番号				平戸市	
配偶者	氏名			住所	
個人番号				平戸市	
扶養義務者	氏名			住所	
	受給者との続柄			平戸市	
個人番号					

年度所得		受給資格者	配偶者	扶養義務者
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養の数)		人	人	人
所得額		円*	円	円*
控	障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人
除	障害者・特別障害者・老年者・寡婦・勤労学生の別	老・寡・勤	円	障害・特障・老・勤
			円	円
			円	円
	社会保険料相当額		円	円
控除後の所得額		円	円	円

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

氏名

印

平戸市長様

査審

※ 太枠中を記入してください。

※ 字は楷書ではっきり書いてください。