

世帯状況・収入申告書

(あて先) 長崎市福祉事務所長

年 月 日

住 所	〒	
フリガナ		電話番号
申請者氏名		

障害福祉サービス及び地域生活支援事業に係る利用者負担額減額・免除について、次のとおり申請及び申告します。

また、利用者負担の上限月額の設定のため、申請者及び配偶者の住民基本台帳、課税・所得状況、生活保護受給状況、各種手当受給状況について確認することに同意します。

◎世帯の状況等について 申請者及び同居している配偶者の状況を記載。

	氏 名	生年月日	本人との関係	個人番号 (マイナンバー)	課税・非課税の別 ☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	☆市記入欄
						所得割額 (円)
申請者			本人		☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
配偶者					☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 未申告	
						計

◎生活保護を受給中または申請されている方は右欄にチェックしてください。 →

☐

◎共同生活援助（グループホーム）を利用されるかたで、補足給付（家賃補助）の申請をされる場合は、家賃額の分かる書類を添付してください。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申 請 者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

(注意)

1. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。
2. 利用者負担等の軽減申請をされる方は、本様式で同意いただければ、長崎市で調査することができますので、課税証明の提出書類は不要です。なお、長崎市が個人番号を使用して各種状況を確認することに同意いただけない場合は、申請者及び配偶者の市・県民税（所得・課税）証明書又は市・県民税特別徴収税額の通知書等（※コピー可）を提出してください。

また、この際に本来、所得申告すべき収入があるにも関わらず、申告されていない方については、その事実が判明した際に遡り利用者負担を徴収する場合があります。