

収入申告書

平成 年 月 日

シーサイドサンシャイン
施設長 殿

氏名 (年 月 日生) 印

私の平成 年中の収入について下記のとおり申告します。

入所施設名	軽費老人ホーム シーサイドサンシャイン				特養	養護入所者のみ ()人部屋入居
種 類						金 額(円)
収入	恩給・年金等					
	区 分	記 号	番 号	種 別	年 額(円)	
	国民厚生年金					
	厚生年金					
入	利子、配当収入 給与所得					
	収 入 計 (A)					
必要経費	租 税	所 得 税	住 民 税			
	介護利用者負担・医療費	介護利用者負担	付添費用	負 担 金	差額ベッド代	
		社会保険料	介護保険料	後期高齢者医療保険		
	そ の 他					
	必 要 経 費 計 (B)					
差 引 額 (A-B)						

(注) 金額を確認できる証書、領収書、確定申告書の控え等(写しで可)を添付すること。