

収入（無収入）申告書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

申告者の住所
申告者の氏名 印

私の世帯に係る全ての収入について、次のとおり申告します。
この申告書及び添付書類の記載内容は、事実と相違ありません。

1 稼 動 収 入	稼 動 者 の 氏 名	収 入 の 種 類 ・ 職 種 又 は 勤 務 先	当 月 分 の 見 込 額	前 3 か 月 分 年 月 分 年 月 分 年 月 分
2 無 収 入	無 収 入 者 の 氏 名	働 い て い な い 理 由		収入の内容等 1 稼動収入 給与、賃金、事業収入、内職等の収入で稼動することにより得る収入 2 無収入者 15 歳以上の者で収入がない者 3 年金等収入 厚生年金、国民年金、共済年金、恩給、児童扶養手当、児童手当、雇用保険金、福祉年金、傷病手当金、労災給付金、生命保険入院給付金等 4 仕送り等収入 仕送り金、療育費、贈与等の金銭 5 財産収入 家賃、間貸代、地代、使用料、物品及び有価証券等売却収入、生命保険金及び損害保険金等（保険の解約返戻金を含む。）
3 年 金 等 収 入	年 金 受 給 者 の 氏 名	年 金 等 の 種 類	受 給 額	
4 仕 送 り 等 収 入	仕 送 り 者 の 氏 名	申 告 者 と の 関 係	仕 送 り 金 額	
5 財 産 収 入	財 産 所 有 者 の 氏 名	収 入 の 種 類	財 産 収 入 額	

