

(表)

※受付 年 月 日 番号

福祉医療費所得状況届							
① 受給資格者	フリガナ 氏名 ㊟					住所	
② 配偶者	氏名					住所	
③ 扶養義務者	氏名 受給資格者との続柄					住所	
④ 年所得	⑤ 受給資格者		⑥ 配偶者		⑦ 扶養義務者		
⑧ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数)	人 (人)		人 (人)		人 (人)		
⑨ 所得額	円	※ア 円	円	※イ 円	円	※ウ 円	
⑩ 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	円	人	円	
⑪ 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	円	人	円	
⑫ 障害者・特別障害者・老年者・寡婦・寡夫・勤労学生別の	老・寡・勤	円	障・特障老・勤	円	障・特障老・寡・勤	円	
⑬		円	円	円	円	円	
		円	円	円	円	円	
⑭ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円	
⑮ 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 ㊟ 壱岐市長様							
※審査							

- ◎ 裏面の注意書きをよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は、楷書ではっきりかいてください。
- ◎ ※の欄は、記入しないでください。