

世帯状況・収入等申告書

釧路市長 あて

申告年月日 令和 年 月 日

太枠内の項目を記入してください。

《サービスを利用する方の年齢による世帯の記入範囲》

- ① 18 歳以上の方(※1を除く) ⇒ 申告者 及び 配偶者のみ
- ② 18 歳未満の方  
20 歳未満で施設入所支援 又は 療養介護利用の方(※1)  
⇒ 申告者の属する世帯全員

申告者	住所	
	氏名	
届出者 <small>(申告者と届出者が同一の場合は記入不要です)</small>	住所	
	氏名	申告者との関係( )
	電話番号	

世帯状況、市民税課税状況について次のとおり申告します。

また、私(申告者)を含む世帯員全員は、障害福祉サービス・障害児通所支援の申請に必要な市民税課税台帳及び住民基本台帳等の確認行為に同意します。

1 世帯状況等について ※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。

生活保護法適用の有無		有 ・ 無							
記入範囲①	氏名	生年月日	備考	課税状況	市町村民税 所得割額	寄附金・住宅 控除前所得割額	多子軽減	在園 証明書	
	申告者	年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税					
	配偶者	年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税					
	世帯員	年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税			第 子 <input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 要	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税			第 子 <input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 要	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税			第 子 <input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 要	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税			第 子 <input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 要	
	記入範囲② 必要に応じて記入	単身赴任等 (住民票の 世帯員以外 で生計を同 一にしてい る方)	(ふりがな) 氏名	年 月 日	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税			↑③が 77,101 円 以上の場合 に確認	
		個人番号		① 寄附金・住宅控除前所得割額 合計 =					③ = (① - ②)
		住所(1月1日時点)		② 旧市町村民税所得割額計算 0～15 歳 ____ × 19,800 (330,000 × 6%) = 16～18 歳 ____ × 7,200 (120,000 × 6%) =					

20 歳以上で施設入所支援 又は 療養介護を利用する方は、裏面も記載してください。

釧路市確認欄

障害福祉サービス

所得区分 ⇒	生活保護・低所得 ( 1 ・ 2 ) ・ 一般 1 ・ 一般 2
食事提供体制加算	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
対象 : 短期入所、生活介護、自立訓練 (機能訓練・生活訓練)、宿泊型自立訓練、 就労移行支援 (養成含む)、就労選択支援、就労継続支援 (A 型・B 型)	
GH 補足給付	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
上限額管理依頼届	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> 今回提出

障害児通所支援

所得区分 ⇒	生活保護・低所得 ( 1 ・ 2 ) ・ 一般 1 ・ 一般 2
食事提供体制加算 (児童発達支援)	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> I (一般 1) <input type="checkbox"/> II (生活保護・低所得) ※一般 2 は非該当	
就学前無償化	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 対象
多子軽減対象	<input type="checkbox"/> 対象外 <input type="checkbox"/> 第 2 子 <input type="checkbox"/> 第 3 子以降
上限額管理依頼届	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 提出済 <input type="checkbox"/> 今回提出

## 2 障がい者本人の収入等の状況について

※20 歳以上で、施設入所支援の補足給付を申請する場合又は療養介護に係る医療型個別減免を申請する場合に記入してください。

種 類			申告額	釧路市確認欄
収入（年収）	稼得等収入	年金（種類）		※
		年金生活者支援給付金		※
		手当（種類）		※
		工賃等収入・雇用保険		
	その他収入	仕送り収入		
		不動産等による家賃収入		
		その他の収入（）		
必要経費（年額）	租税	住民税・所得税		
		固定資産税		
		その他（）		
	社会保険料	健康保険料・年金保険料・雇用保険料		

※印合計

【添付書類について】 左欄に該当する場合は、右欄の書類を添付してください。

	添付書類
非課税世帯で、施設入所支援 又は 療養介護を利用する方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス開始日の属する年の前年（サービス開始日が1月～6月の場合は前々年）の<u>1月～12月</u>の収入額のわかるもの ⇒ 年金通知ハガキの写し、年金生活者支援給付金振込通知書の写し、源泉徴収票、工賃支払証明書、通帳の写し等</li> <li>・必要経費の金額のわかるもの ⇒ 社会保険料（国民健康保険料等）、各種租税等の納付済証明書の写し等</li> </ul>
療養介護を利用する方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・限度額適用（標準負担額減額）認定証の写し</li> </ul>
非課税世帯で、共同生活援助を利用する方	<ul style="list-style-type: none"> <li>・共同住居契約家賃額証明書</li> </ul>
課税世帯で、以下の <u>いずれかに</u> 当てはまる方 <ul style="list-style-type: none"> <li>・障害福祉サービス利用者で、事業所を2か所以上利用する</li> <li>・無償化対象外の障害児通所支援利用者で、事業所を2か所以上利用する（きょうだいで2か所以上の事業所を利用する場合も含む）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書 （すでに上限額管理を依頼している事業所があり、変更がない場合は、提出は不要です）</li> </ul>
課税世帯で、児童発達支援 又は 保育所等訪問支援を利用する、以下の <u>すべてに</u> 当てはまる方 <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用児童が、無償化対象外の未就学児</li> <li>・世帯の市町村民税所得割額合算額が 77,101 円以上</li> <li>・利用児童の兄弟が、幼稚園や保育所等に通園している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>兄弟の在園証明書</u> （様式は障がい福祉課・各行政センター保健福祉課窓口又は釧路市ホームページから取得してください）</li> </ul>

提出先・問合せ先

釧路市役所 福祉部 障がい福祉課 障がい福祉係(市役所防災庁舎 3 階 23 番窓口)  
〒085-8505 釧路市黒金町 7 丁目 5 番地 電話:0154-31-4537、ファクス:0154-25-3522

阿寒町行政センター 保健福祉課 保健福祉担当  
〒085-0292 釧路市阿寒町中央1丁目4番1号 電話:0154-66-2120、ファクス:0154-66-1333

音別町行政センター 保健福祉課 保健福祉係(福祉保健センター ほほえみ)  
〒088-0116 釧路市音別町中園2丁目119番地1 電話:01547-9-5151、ファクス01547-6-3016