

年分 収入申告書

収入を証明する書類（給与明細書など(コピー可)）を添付して申告してください。

墨田区福祉事務所長 あて

父（氏名 ）

月別収入金額

1月	円	8月	円
2月	円	9月	円
3月	円	10月	円
4月	円	11月	円
5月	円	12月	円
6月	円	年間賞与	円
7月	円	合計	円

（無収入の場合、理由を記入してください。）

控除（年間支払額）

社会保険料	円
生命保険料	円
地震保険料	円
医療費	円
控除対象配偶者	有 ・ 無
控除対象扶養親族	
年齢等	人数 うち障害者数
～15歳	人 人
16歳～18歳	人 人
19歳～22歳	人 人
70歳以上(同居)	人 人
70歳以上(別居)	人 人
上記以外	人 人
その他	

母（氏名 ）

月別収入金額

1月	円	8月	円
2月	円	9月	円
3月	円	10月	円
4月	円	11月	円
5月	円	12月	円
6月	円	年間賞与	円
7月	円	合計	円

（無収入の場合、理由を記入してください。）

控除（年間支払額）

社会保険料	円
生命保険料	円
地震保険料	円
医療費	円
控除対象配偶者	有 ・ 無
控除対象扶養親族	
年齢等	人数 うち障害者数
～15歳	人 人
16歳～18歳	人 人
19歳～22歳	人 人
70歳以上(同居)	人 人
70歳以上(別居)	人 人
上記以外	人 人
その他	

上記のとおり申告します。

年 月 日

申告者名： 住所：墨田区 児童との続柄：

児童名： 在所保育施設名：