

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 _____)(生年月日 _____ 年 月 日)

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 _____)(生年月日 _____ 年 月 日)

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: _____ □在園認可保育施設名: _____ または □申込中