

# 収入・資産等申告書

被保険者用

フリガナ		保険者番号		2	6	2	0	4	8
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 電話番号 ( )								

## 1 年間収入金額

収入の種類	収入金額
	円
	円
合計	円

## 2 預貯金等の状況

金融機関等	預貯金額
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
銀行・信金 信組・農協	本店 支店 出張所 円
合計	円

## 3 本人の資産状況

居住用資産以外の資産の有無 無 有  
有価証券等の有無 無 有 金額( )

## 4 被保険者の被扶養状況

他の世帯に属する方の所得税・市町村民税の扶養控除対象者となっている。

はい いいえ

他の世帯に属する方の医療保険の被扶養者となっている。

はい いいえ

私の収入・資産等について、上記のとおり相違ありません。

また、上記の申告に当たり、次の事項に同意します。

- 1 宇治市及び他の行政機関に対して、私の市町村民税の課税状況を照会(閲覧)すること。
- 2 宇治市及び他の行政機関に対して、私の資産の所有状況を照会(閲覧)すること。
- 3 宇治市及び他の行政機関に対して、私の被扶養状況について照会(閲覧)すること。
- 4 金融機関に対して、私の預貯金等の金額を照会すること。

年 月 日

宇治市長 あて

被保険者氏名

印

(注) 該当する の中にレ印を付けてください。