

資産等申告書
(社会福祉法人等減免)

沖縄県介護保険広域連合長 殿 年 月 日

申請者 住所
氏名 印

下記の収入及び資産等について、申請内容は事実に相違ないことを申し添え申請します。

1. 世帯の所得状況 ※世帯全員分記入

氏 名	続柄	年齢	収 入	有価証券・債券の有無	預金残高

2. 資産の保有状況 ※世帯全員分記入

資産の種類	保有の有無	所有者	所在地	状 況
土 地	有 ・ 無			居住用・その他（ ）
家 屋	有 ・ 無			居住用・その他（ ）

3. その他の資産又は仕送りによる収入がある場合は記入してください。

4. 被扶養者状況

所得税又は市町村民税の扶養控除において（他の世帯を含む）	市町村 確認印
☐ 扶養親族となっていない。 ☐ 扶養親族となっている。 扶養者 住 所 氏 名 続柄 （ ）	
健康保険などの医療保険において市町村民税課税者の（他の世帯を含む）	市町村 確認印
☐ 扶養親族となっていない。 ☐ 扶養親族となっている。 扶養者 住 所 氏 名 続柄 （ ）	※保険証の写しを添付

- (1) 証明書類の添付 ※公用で取得できる場合は不用
ア 世帯所有の土地、家屋の有無については・・・資産評価証明書又は無資産証明書
イ 預貯金又は有価証券等・・・預金、貯金通帳、証券の写し（世帯全員分添付）
ウ 年金決定額通知書など収入が確認できる書類を添付すること。
- (2) その他の資産は、貴金属その他高価なものを記入してください。
- (3) 加入している健康保険証の写しを添付して下さい。