

介護予防・生活支援事業利用収入申告書

令和 年 月 日

遠 軽 町 長 様

申請者 住 所 遠軽町

氏 名

私の世帯の総収入（令和 年分）について、次のとおり相違ありません。

氏 名				合 計
給 与	円	円	円	円
国民年金				
厚生年金				
遺族年金				
障害年金				
恩 給				
そ の 他				
合 計				

同 意 書

遠軽町保健福祉サービス事業（除雪サービス事業）の申請にあたり、私の属する世帯全員の世帯状況及び収入の状況について、担当課に確認を求めることに同意します。

申請者氏名（自署）

※ 遺族年金、障害年金、恩給等については、年金額が確認できるものを添付してください。（振込通知書等）
原本につきましては、後ほどお返しいたします。