

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日提出
 この申告書は、 年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります。
 様分の
 年 月 日から 年 月 日までの1年間の収入

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日提出
 この申告書は、 年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります。
 様分の
 年 月 日から 年 月 日までの1年間の収入

氏 名	(生年月日) 年 月 日生	職 業	
		電 話	
現 住 所		(世帯主の氏名及び続柄)	

所得の種類		㊤収入金額	㊦必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	㊧所得金額(㊤－㊦)	備 考
営	業	円	円	円	
不	動 産	円	円	円	
農	業	円	円	円	
専従者控除			円		※営業、不動産、農業の 必要経費の内数
給	与	円			
専従者給与		円			※給与収入額の内数
年	金	円			※遺族年金・障害年金 等非課税年金を除く
譲 渡		円	円	円	※下記②欄に必要事項 を記入してください
そ の 他		円	円	円	
		円	円	円	

資産の種類 (○印を付してください)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
1 土地建物等			交換買換・収用・居住用財産
2 その他の資産			その他 ()

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○
住 所 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
電話番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○