

第 年 月 日 号

様

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様 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。

平成 年 1月 1日から平成 年 12月 31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)		

①所得金額等

所得の種類	①収入金額	②必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	③所得金額(①-②)	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			
讓 渡	円	円	円	※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
そ の 他	円	円	円	※下記②欄に必要事項を記入してください
	円	円	円	

②讓渡所得に関する事項

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	讓渡した年月日	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 ()

(回答、問い合わせ先)

〒 住 所 電話番号