

収入申告書

長崎県後期高齢者医療（佐々町）

※この申告書は主たる生計維持者について記載してください。

申告日	年 月 日	申告者 (世帯主)
-----	-------	--------------

私の世帯の次の者（主たる生計維持者）の令和4年中の収入について以下のとおり申告します。

氏名			
収入の種類等	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 事業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事業所名等		業種
	事業所所在地等		

※確定及び見込額を記入してください。

(給与の場合は、収入金額のみ記入をしてください)

単位：円

月	どちらかに○を してください	収入金額	必要経費 (右の内訳表も記入し てください)	所得金額
1月	確定・見込			
2月	確定・見込			
3月	確定・見込			
4月	確定・見込			
5月	確定・見込			
6月	確定・見込			
7月	確定・見込			
8月	確定・見込			
9月	確定・見込			
10月	確定・見込			
11月	確定・見込			
12月	確定・見込			
合計				

必要経費		
項目	確定金額	見込金額

右上の必要経費内訳表の項目欄は、右の参考例の該当番号を記入しても結構です。

《必要経費の例》

1給料賃金	8荷造運賃	15修繕費
2外注工賃	9水道光熱費	16消耗品費
3減価償却費	10旅費交通費	17福利厚生費
4貸倒金	11通信費	18雑費
5地代家賃	12広告宣伝料	19専従者給与
6利子割引料	13接待交際費	
7租税公課	14損害保険料	