

令和4年度 国民健康保険税申告書

被保険者 記号・番号	
---------------	--

受付印

知多市長様	住所		職業	
年月日提出	フリガナ	生年月日	世帯主	
	氏名	明・大 昭・平 年月日	TEL	

令和4年中 (※10分の7以下に減少する年中で、1月から申請月までは実績で以後は見込み額をご記入ください。)

所得の種類	種目	収入金額	必要経費	専従者控除	所得金額
営業等					
給与	一・専				
雑	公的年金等				
	上記以外				
その他					

月	日	給	日数	月	日	給	日数	月	日	給	日数	月	日	給	日数	月	日	給	日数	
1				6				11												
2				7				12												
3				8				小計												
4				9				賞与等												
5				10				合計												
事業所の所在地・名称																				

被扶養者の場合、扶養者の	住所						
	氏名			続柄			
非課税所得を有する場合	種類	金額		種類	金額		
備考(生活状況等)							