海外収入申告書

（あて先）福岡市　　　　福祉事務所長

記入日　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

記入者氏名

1.申請児童名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名（フリガナ） | 生年月日 | 第１希望または利用中の保育施設等名 |
| （　　　　　　　　　　　） | 年　　　月　　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 年　　　月　　　日 |  |
| （　　　　　　　　　　　） | 年　　　月　　　日 |  |

2.申告する保護者の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国外居住者氏名 | フリガナ | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  | 申請児童との続柄 |  |
| 居住先（国） |  | 通貨名 |  |
| 勤務先（又は就労内容） |  |
| 居住期間 | 年　　　　　月　　　　　日　　　～　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日 |

・この申告書は、**利用者負担額の重要な資料**となるため、該当部分について**もれなく記載**してください。

・海外で収入を得ていた期間が１月～12月でない場合も、**国内所得も含め１月～12月すべてを申告**してください。

・虚偽の記載を行った場合、保育施設・事業所の利用の停止や、保育に要した費用の全部又は一部の返還を求めることがあります。

3.収入・所得金額（年額）　収入がない場合は、０円と記載し、裏面の4を記入してください。

（1）対象時期　　　　　　　　　　年の１月から12月分の収入・所得金額について申告します。

　　※年をまたぐ場合は、**1年分ずつの申告書と明細等の確認できる書類が必要**です。

(2)対象年の収入・所得金額【国内分は円で、国外分はその国の通貨で記入し、**明細を添付してください**。】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 国内（円） | 国外（該当国の通貨） |
| 収入金額 | ①　給与収入 |  |  |
| ②　事業収入 |  |  |
| ③　その他収入 |  |  |
| 必要経費等 | ④　給与所得控除 |  |  |
| ⑤　事業に対する経費 |  |  |
| ⑥　その他収入に対する経費等 |  |  |
| 所得金額 | ⑦　給与所得（①－④） |  |  |
| ⑧　事業収入（②－⑤） |  |  |
| ⑨　その他所得（③－⑥） |  |  |
| 所得の合計額（⑦+⑧+⑨） |  |  |

【裏面も記入してください】

（3）所得控除項目

控除対象となる項目にチェックを入れ、対象年内に支払った金額を記入し、**明細を添付してください**。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 支払金額 |
| □社会保険料 |  |
| □新生命保険料（平成２４年１月1日以降に締結した契約） |  |
| □旧生命保険料（平成２3年１2月31日以降に締結した契約） |  |
| □新個人年金保険料（平成２４年１月1日以降に締結した契約） |  |
| □旧個人年金保険料（平成２3年１2月31日以降に締結した契約） |  |
| □介護医療保険料 |  |
| □地震保険料 |  |
| □医療費 |  |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

※利用者負担額（保育料・副食費）の算定に際しては、住宅借入金等特別税額控除や配当控除、外国税額控除、寄付金控除等、控除できないものがあります。

対象となる項目にチェックを入れ，必要な項目を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 本人 | 扶養者 |
| ■基礎控除 | □障害者（ 　人）  | □特別障害者（ 　人）  |
| □障害者　　　　□特別障害者 | □配偶者  |  |
| □ひとり親控除 | □扶養親族（子）  |  |
| □寡婦（所得500万円以下） | □特別控除対象配偶者  | 合計所得金額 （ 　　　　　　　　　　　　　　　　円）  |
| □勤労学生 | □扶養親族 □特定扶養親族 □老人扶養親族 □同居老親等扶養親族  | （ 　　　　　　　　　　　　　　　人） （　　　　　　　　　　　　　　　 人） （ 　　　　　　　　　　　　　　　人） （　　　　　 　　　　　　　　　　人）  |

4.収入がなかった場合は、下記にどのように生計をたてていたのかご記入ください。

|  |
| --- |
|  |