



〈附加給付に関する証明〉

当事業所(保険者)の保険給付において、家族療養附加金についての規定は次のとおりです。

給付規定	(給付規定の内容又は規定の写し)
有・無	【公費(子ども助成)負担優先か該当する方に○をしてください。(優先・非優先)】

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名  
又は  
保険者名称

印

※以下、市の使用欄です。〈所得に関する調書 年度( 年分)〉

		申請者	配偶者	備考
(A)	所得額	円	円	
(B) 控除額	社会保険料等控除相当額	円	円	
	雑損控除額	円	円	
	医療費控除額	円	円	
	小規模企業共済等掛金控除額	円	円	
	配偶者特別控除額	円	円	
	障害者控除額	円	円	
	特別障害者控除額	円	円	
	寡婦(夫)・特別寡婦・勤労学生控除額	円	円	
	肉用牛等農業所得免除相当額	円	円	
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人	人	
うち老人控除対象配偶者、特定扶養親族等又は老人扶養親族の数		人	人	
控除後の所得額=		(A) - (B) =	円	