様式第４号（第６条関係）

事業収入申告書

年　　　月　　　日

　茨城県後期高齢者医療広域連合長　　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申告者の住所 |  |
|  | 事業所名・屋号 |  |
|  | 申告者の氏名 | 　 |

　次のとおり申告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の名称及び |  |
| 事業の種類 |
| 事業開始年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 区　　　　　分 | 当月分見込み | 前３か月分 |
| 年　　月分 | 年　　月分 | 年　　月分 | 年　　月分 |
| 総収入 | 売上金 |  |  |  |  |
| 賃料 |  |  |  |  |
| 農業収入 |  |  |  |  |
| 未収金等 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 収入額合計(ｱ) |  |  |  |  |
| 控除額 | 材料費 |  |  |  |  |
| 仕入費 |  |  |  |  |
| 水熱光費 |  |  |  |  |
| 税金 |  |  |  |  |
| 健康保険料 |  |  |  |  |
| 年金保険料 |  |  |  |  |
| 交通通信費 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 経費額合計(ｲ) |  |  |  |  |
| 差引収入額(ｱ)－(ｲ) |  |  |  |  |