

賢約相談シート

年 月 日

氏名	住所(市区町村まで)	都道	市区	TEL
		府県	町村	

■あなた以外の親族を實踐で囲み、情報を記入してください。次に、住民票上の世帯を ○ で囲んでください。税の扶養を扶養者から→で示してください。

祖 (父・母)	年齢	歳
給与		万円
年収 ()		万円
年金 (老齢・障害・遺族)		万円
保険	社保 (本人・家族) ・国保 後期高齢	
認定	障害者・要介護 (その他)	

父 親	年齢	歳
給与		万円
年収 ()		万円
年金 (老齢・障害・遺族)		万円
保険	社保 (本人・家族) ・国保 後期高齢	
認定	障害者・要介護 (その他)	

母 親	年齢	歳
給与		万円
年収 ()		万円
年金 (老齢・障害・遺族)		万円
保険	社保 (本人・家族) ・国保 後期高齢	
認定	障害者・要介護 (その他)	

父 親	年齢	歳
給与		万円
年収 ()		万円
年金 (老齢・障害・遺族)		万円
保険	社保 (本人・家族) ・国保 後期高齢	
認定	障害者・要介護 (その他)	

母 親	年齢	歳
給与		万円
年収 ()		万円
年金 (老齢・障害・遺族)		万円
保険	社保 (本人・家族) ・国保 後期高齢	
認定	障害者・要介護 (その他)	

あなた (男・女)	年齢	歳
年収 給与		万円
()		
社保 (本人・家族) ・国保・後期高齢		
障害者・要介護・その他 ()		

配偶者 (男・女)	年齢	歳
年収 給与		万円
()		
社保 (本人・家族) ・国保・後期高齢		
障害者・要介護・その他 ()		

子 (男・女)	年齢	歳
年収 給与		万円
()		
社保 (本人・家族) ・国保・後期高齢		
障害者・要介護・その他 ()		

子 (男・女)	年齢	歳
年収 給与		万円
()		
社保 (本人・家族) ・国保・後期高齢		
障害者・要介護・その他 ()		