STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
DIVISION OF CHILD SUPPORT (DCS)

ケースの名前
APの名前
IV-D ケース番号＃

資産と経費の申告書

STATEMENT OF RESOURCES AND EXPENSES

（活字で書き込んで下**ださい**）

I. 私事欄

1. 氏名	2. 生年月日	3. ソーシャルセキュリティー番号	4. 電話番号
5. 現住所		6. 現在の事情 ☐ 結婚してい ☐ 独身 ☐ 別居してい	
7. 市 州 郵便番号		8. 配偶者氏名	
9. 結婚した場所		10. 結婚日	11. 同居している**子供の人数**

II. 雇用欄

1. 職業	2. 現在の状況 ☐ 就職してい ☐ 無職 ☐ 自営業
3. 雇用者名	4. 雇用者の住所 市 州 郵便番号
5. ユニオンの名前	6. ユニオンの住所 市 州 郵便番号

A. 扶養家族の医療／歯科保険欄

1. 医療 ☐ はい ☐ いいえ	2. 保険会社の名前と住所
3. 歯科 ☐ はい ☐ いいえ	4. 保険会社の名前と住所

B. 自営業

1. ビジネスの名	2. ビジネスの住所 市 州 郵便番号
3. ビジネスの種類 ☐ CORPORATION ☐ PARTNERSHIP ☐ SOLE OWNERSHIP	4. ビジネス税証明書番号（ビジネスID#）
5. ビジネス用口座銀行の所在地	

C. 配偶者雇用欄		
1. 配偶者ソーシャルセキュリティー番号	2. 配偶者の職業	3. 配偶者の雇用者名
4. 配偶者の雇用者住所 CITY STATE ZIP CODE		5. 配偶者のユニオン提携

D. 自営業配偶者	
1. 配偶者のビジネスの名	2. 配偶者のビジネスの住所 市 州 郵便番号
3. 配偶者のビジネスの種類 ☐ CORPORATION ☐ PARTNERSHIP ☐ SOLE OWNERSHIP	4. ビジネス税証明書番号（ビジネスID#）
5. 配偶者のビジネス用口座銀行**の所在地**	

III. 収と資産欄

A. 全資産から得た前月分収入					
1. 本人の給料	2. ビジネスの収入	3. 配偶者の収入	4. その他の収入	5. 全総収入額	6. 全純収入額

B. 前年度１２か月分の全資産から得た総収入額			
1. 月	2. 本人の総収入	3. 配偶者の総収入	4. 出所（雇用者名）

C. 貯蓄債権			
1. 貯蓄債権のタイプ	2. 額面価額	3. 貯蓄債権のタイプ	4. 額面価額

III. 収入と資産欄の続き

D. 個人銀行口座

1. 座の種類	2. 銀行名と所在地	3. 口座番号	4. 先月の残高
当座預金			
貯蓄鑑定口座			
信用組合			
その他			

E. 株や債権欄

1. 解説	2. 株数	3. 各々価値価格

F. 不動産

所有している、購入予定の不動産（自家を含む）：

1. 住所または、法的記述	2. 取得した年	3. 担保保有者

G. 個人財産

所有している、購入予定の個人財産：

1. 財産の種類	2. 利用	3. 年代	4. 免許番号や解説	5. 契約者	6. 返済金
自動車					
自動車					
ボート／よっと					
ボートトレーラー					
モービルホーム					
キャンパー					
その他					
その他					
その他					
その他					
その他					
その他					

IV. 月々の経費欄	
A. 住宅	
1. レントまたは家賃	
2. 税金や保険（上記の支払いに含まれていない場合）	
月々の住宅費（1と2を加算）	
B. 利用設備費	
1. 熱量（ガスやオイル）	
2. 電気料	
3. 水道、下水、ごみ収拾	
4. 電話代	
5. その他：（詳細）	
月々の利用設備費（1から5を加算）	
C. 食費	
1. _____ 人分の食費	
2. 外食費	
3. その他：（詳細）	
月々の食事費（1から5を加算）	
D. 児童育児費	
1. 子供_____人分の保育園／ベービーシッター代	
2. 衣料	
3. 子供_____人分の授業料	
4. 同居していない子供に送る児童扶養金	
5. その他、子供に関係する経費（リスト）：	
月々の児童育児費（1から5を加）	
E. 交通費	
1. 自家用車の支払いやリース	
2. 保険	
3. 免許書	
4. 燃料代や整備費	
5. 車庫代	
6. その他：（詳細）	
月々の交通費（1から6を加算）	
F. 衣料費	
1. 仕事着	
2. その他の衣料費	
月々の衣料費（1と2を加算）	

IV. 月々の経費欄の続き

G. 健康管理費

1. 医療／歯科保険料	
2. 保険がきかない歯科費、歯科矯正費、医療費、眼科費	
3. その他の保険がきかない経費（リスト）：	
月々の健康管理費（１と３を加算）	

H. 私用費

1. 髪の手入れ／自己管理費	
2. 教育費	
3. 本、新聞、雑誌	
4. その他：（リスト）	
月々の私用費（１と４を加算）	

I. その他月々周期的に出る経費や支払い

1. 支払先	2. 負債残高	3. 月々の支払い
その他月々周期的に出る経費や支払い合計（この項目記載額を加算）		

J. 月々の経費合計 （AからJの合計を加算）	

上記このフォームに対して提出した情報は、正直、且つ正確に出来る限りの知識を使用し提出したことを、ワシントン州法規の下で宣言します。上記の情報に故意による偽証や不実表示が認められる場合,ワシントン州法規の下で偽証罪に問われること、供述はDepartment of Social and Health Servicesにより検証されることを理解します。

サイン	日付