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

資金および費用の明細書
STATEMENT OF RESOURCES AND EXPENSES

親権を持つ親の氏名
親権を持たない親の氏名
IV-D 事例番号:

(署名以外は活字体、もしくはタイプにてご記入下さい。)

注意: 育児支援課 (DCS) にあなたのソーシャルセキュリティ番号を提示しなければなりません。DCS はソーシャルセキュリティ番号を社会保障法（Social Security Act）の IV-D に定義されたように育児支援執行の目的で使用します。

I. あなたの個人データ

氏名	生年月日	ソーシャルセキュリティ番号
自宅電話番号	勤務先電話番号	メッセージ/携帯電話番号
自宅住所 あるいは 私書 箱住所		現在の結婚歴 ☐ 既婚 ☐ 未婚 ☐ 別居
自宅 市 州 郵便番号		配偶者の名前
婚姻場所 (市/郡/州)		婚姻日
自宅に住む子どもの数	自宅に住む大人の数	Eメールアドレス:

II. 雇用データ

A. あなたの雇用データ

職業	現在の雇用状況 ☐ 就業中 ☐ 失業中 ☐ 自営
雇用者の名前	雇用者の電話番号
雇用者の住所 市 州 郵便番号	
組合の名前	組合の住所 市 州 郵便番号

II. 雇用データ (続き)

B. あなたの自営業データ

注意: 収入および経費の証明として最新の事業連邦所得税の確定申告書のコピーを添付してください。

商号	事業の所在 市 州 郵便番号
事業の種類 ☐ 企業 ☐ 提携 ☐ 独占所有	事業納税番号
事業銀行口座の場所	
事業の総利益	事業の純利益

C. 現在の配偶者の雇用データ

ソーシャルセキュリティ番号	職業	雇用者の名前
雇用者の住所 市 州 郵便番号		加入している組合

D. 現在の配偶者の自営業データ

注意: 配偶者の収入および経費の証明として最新の事業連邦所得税の確定申告書のコピーを添付してください。

商号	事業の所在 市 州 郵便番号
事業の種類 ☐ 企業 ☐ 提携 ☐ 独占所有	事業納税番号
事業銀行口座の場所	
事業の総利益	事業の純利益

E. 扶養家族の医療/歯科保険

医療 ☐ はい ☐ いいえ	医療保険会社名および住所
歯科 ☐ はい ☐ いいえ	歯科保険会社名および住所
医療保険契約者名	歯科保険契約者名

III. 収入および資産データ

A. 前月のすべての収入源からの収入

あなたの給料	事業収入	配偶者の収入	あなたの家庭に住む他の成人の収入
その他の収入	総収入合計	純収入合計	

III. 収入および資産データ (続き)

B. 過去12ヶ月のすべての収入源からの総収入

月	あなたの総計	配偶者の総計	収入源 (雇用者名など)
1月			
2月			
3月			
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			

C. 貯蓄国債

貯蓄国債の種類	額面	貯蓄国債の種類	額面

D. 個人の銀行口座

口座の種類	銀行名および場所	口座番号:	先月末の残高
当座			
普通			
信用金庫			
その他			

E. 有価証券

詳細	株数	為替平価

III. 収入および資産データ (続き)

F. 不動産 (所有 または家を含む購入によるもの)

住所または法定表示	獲得年	抵当権の保有

G. 個人資産 (所有 または 購入によるもの)

資産の種類	型	年	プレートナンバー および詳細	契約書の保有	未払い額
自動車					
自動車					
ボート/バイク					
ボート/バイク					
キャンパー/RV					
その他					
その他					
その他					
その他					
その他					
その他					

H. 貸金庫

金庫の場所	内容物の詳細	総額

I. 生命保険証券

保険会社名および住所	現金価値

J. 年金口座

口座の種類	持ち株の機関名および場所	口座番号	先月末の残高
IRA			
IRA			
その他			

IV. 毎月の出費データ	
A. 住居	
1. 家賃または家の支払い	
2. 税金および保険 (上記の支払いに含まれていない場合)	
3. 住居にかかる毎月の合計支払額(上の1 – 2行の合計)	
B. 公共料金	
1. 光熱費 (ガスおよびオイル)	
2. 電気	
3. 水道、下水、ごみ	
4. 電話	
5. その他 (詳しく)	
6. 住居にかかる毎月の合計支払額(上の1 – 5行の合計)	
C. 食品	
1. 人分の食費	
2. 家以外で食べた食事	
3. その他 (詳しく)	
4. 食事にかかる毎月の合計支払額(上の1 – 3行の合計)	
D. 育児	
1. 人分の託児所/ベビーシッター	
2. 衣服	
3. 人分の学校授業料	
4. あなたと一緒に住んでいない子どもに支払う養育費	
5. その他の子どもに掛かる費用 (記入してください):	
6. 育児に掛かる毎月の合計費用 (上の1 – 5行の合計)	
E. 交通手段	
1. 車の支払いまたはリース	
2. 保険	
3. ライセンス	
4. 燃料および定期保守	
5. 駐車場	
6. その他 (詳しく)	
7. 交通手段にかかる毎月の合計支払額(上の1 – 6行の合計)	

IV. 毎月の出費データ (続き)	
F. 衣服	
1. 仕事用の服	
2. その他の衣服	
3. 衣服にかかる毎月の合計支払額(上の1 – 2行の合計)	
G. 健康管理	
1. 医療および歯科保険の保険料	
2. 無保険の歯科、歯列矯正、医療、および眼科	
3. その他の無保険の健康管理費用 (記入してください):	
4. 健康管理に掛かる毎月の合計費用 (上の1 – 3行の合計)	
H. 個人的費用	
1. 髪の手入れ/個人的な費用	
2. 教育	
3. 本、新聞、および雑誌	
4. その他 (記入してください):	
5. 個人的費用にかかる毎月の合計支払額(上の1 – 4行の合計)	

I. その他の毎月発生する費用および支払い

支払先	借方残高	月末残高
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11. その他の毎月発生する費用および支払い (上の1 – 10行の合計)		

IV. 毎月の出費データ (続き)	
J. 毎月の合計出費	
1. 毎月の出費データセクションAからIまでの **合計** と書かれた行の額をすべてを足してください。	
2. 1行目から上の合計毎月の出費のうちあなたに掛かるもの (1行目から上の合計額からあなたの配偶者以外のいかなる者からの寄付/援助を引いたもの)	

V. 宣言	
私は ワシントン 州法の偽証罪に基づき、私がこのフォームに提供した情報は真実であり、正確であり、そして私の知る限りで記入したことを誓います。 ワシントン 州 意図的な偽りの供述をした場合、虚偽の陳述の詐欺で起訴することがあることを理解します。 私の明細は保険社会サービス課に照合されなければならないことを理解します。	
署名	日付