|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書受理番号及び年月日 | 第　　　号年　　月　　日 | 身体障害者手帳番号 | 第号 | 身体障害者更生指導台帳番号 |  |
| 申請者氏名及び生年月日 | 男・女明・大・昭　年　月　日生 | 申請者が当該世帯における最多収入者であるかないかの別 | ある・ない |
| 居住地 | 土佐清水市 |
| 世帯員の状況 | 氏名 | 続柄 | 職業 | 市町村民税課税の有無 | 前年分の所得税額 | 備考 |
|  | 世帯主 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 世帯区分 | １　 | ２　 | ３　所得税課税世帯（） |
| 上記のとおり確認しました。平成　　年　　月　　日調査者　　　　　　　　㊞ |
| 徴収基準（月）額又は加算基準（月）額() | 階層 | 補装具 | 更生医療 |  |
| 円(　　　　×1/2) | 入院(　　×1/2)円 |  |
| 外来(　　×1/2)円 |  |
| 身体障害者福祉司の意見 |  |
| 備考 |  |
| 平成　　年　　月　　日土佐清水市福祉事務所長　　　　　　　　印 |