|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |