

ストマ用装具 給付申請書

年 月 日						
(申請先) 土浦市長						
申請者 住所..... 氏名.....印 電話番号 (続柄 )						
対象者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	身体障害者 手帳番号	第 号	手帳交付年月日		年 月 日	
	障 害 名	疾病によるぼうこう又は直腸機能障害			等 級	種 級
交付を受けたい 用具の名称	<b>ストマ用装具</b> ~ 月分					
給付を希望する 業者						
備 考						
◎課税証明書等 (次のどちらかの番号に○を付けてください。) 1 前年度住民税の課税額等を証明する書類を添付します。 2 生計中心者等の所得状況を税務関係部署に報告を求めることに同意します。						
該当する所得区分 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 市町村民税 <b>非課税</b> 世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税 <b>課税</b> 世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税 <b>課税</b> 世帯で、かつ世帯に市町村民税所得割 46 万円以上の者がいる場合						
世帯 構 成 員 の 状 況	氏 名	続 柄	職 業	住民税課税の有無	住民税所得割額	備 考
		世帯主	有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
			有・無	有 (均・所)・無		
	合 計	/	/	/		
※ 年 月 日 上記のとおり相違ありません。      確認者職氏名      印						

(注) ※印の欄は、記入しないでください。