

## 日常生活用具給付申請書

(注) ※印の欄は、記入しないでください。

— — —

令和〇年〇月〇日

(申請先)土浦市長

〒300-8686

申請者 住所 土浦市大和町 9-1

氏名 土浦 花子 (対象者との続柄: 妻 )

電話 029-826-1111

対象者	氏名	土浦 太郎	男・女	生年月日	昭和 34年〇月〇日 (〇〇歳)
	住所	〒300-8686 土浦市大和町 9-1			
	手帳番号	土浦市 第 〇〇〇〇 号	手帳交付日	令和〇年〇月〇〇日	
	障害名	呼吸機能障害			障害等級 3 級
	疾患名	間質性肺炎			

給付を希望する業者	株式会社つちまる	転入者で課税状況の確認のできない場合は 1に○を付けて課税証明書の提出が必要です。
課税証明書等 (自己負担額算出のために使用します。 次のどちらかの番号を○で囲んでください。		

### 該当する所得区分

□生活保護

### □市町村民税非課税世帯

### □市町村民税課税世帯

□市町村民税課税世帯で、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	市町村民税課税	住民税所得割額	備考
		世帯主	有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
			有・無	有(均・所)・無	円	
	合計				円	

※ 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

確認者職氏名

50