

様式第1号（第4条関係）

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。

※

—

年 月 日

(申請先) 土浦市長

郵便番号

—

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※自署する場合は、押印は不要です。

(対象者との続柄：)

電話 _____

対象者	氏名			男・女	生年月日	年 月 日(歳)	
	住所	〒 — 土浦市					
	手帳番号	第 号		手帳交付日	年 月 日		
	障害名						障害等級 級
	疾患名						
給付を受けたい用具の名称			希望する形式 規模等		用具の保有状況	1 保有している 2 保有していない	
給付を希望する業者							※受付年月日
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。 1 前年度所得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に同意します。							

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

印