

年 月 日

北上市長 様

申請者(障害児の場合はその保護者) 居住地
氏 名
電話番号

代行者又は代理人 居住地
氏 名
(申請者との関係)
電話番号

補助対象確認申請書

次の補助対象の事業を利用したいので、確認を申請します。

障 害 者 等 氏 名				生 年 月 日	年 月 日
申 請 す る 事 業		<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業 <input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
手帳記載内容					
世帯の状況	続柄	氏 名	生年月日	市町村民税の課税・非課税の別	生活保護の有無
	本人			課税・均等割のみ課税・非課税	有り・無し
				課税・均等割のみ課税・非課税	有り・無し
				課税・均等割のみ課税・非課税	有り・無し
				課税・均等割のみ課税・非課税	有り・無し
				課税・均等割のみ課税・非課税	有り・無し
				課税・均等割のみ課税・非課税	有り・無し
摘 要					

備考 1 世帯の状況欄は、利用者が障害者の場合は障害者本人及びその同一の世帯に属する配偶者について、障害児の場合は世帯員全員について記載してください。

2 申請書付表及び世帯の状況欄に記載した者の市町村民税課税証明書（事業の利用を開始しようとする月の属する年度分のもの。ただし、当該月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分のもの。）を添付してください。