

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

代行者又は代理人 居住地
氏 名
(申請者との関係)

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	個人番号:		課税・均等割の み課税・非課税	有り・無し
		個人番号:		課税・均等割の み課税・非課税	有り・無し
		個人番号:		課税・均等割の み課税・非課税	有り・無し
		個人番号:		課税・均等割の み課税・非課税	有り・無し
		個人番号:		課税・均等割の み課税・非課税	有り・無し
		個人番号:		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月までの場合にあっては、前年度分のもの)を添付してください。