

障害福祉サービス利用申請用課税状況証明願

令和 年 月 日

横手市長様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ ㊦

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

障がい児者との関係 _____

電話番号 () _____

下記の障害福祉サービスの申請に伴い、私の世帯全員の市民税課税状況等を証明願います。

申請する障害福祉サービス		<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法による給付申請のため <input type="checkbox"/> 障害者地域生活支援事業の利用申請のため <input type="checkbox"/> 重度障がい者タクシー利用券交付等申請のため					
障がい児者 (ワガナ) 氏名	-----	住所	横手市				
手帳区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		手帳番号	秋田県 (種 号級) A・B			
世帯員 状況	氏名	続柄	合計所得金額 (年)	年金額 (年)	市民税 (年度) 均等割額 所得割額		備考
確認者欄	福祉担当 職氏名	㊦		税務担当 職氏名	㊦		

※ 「所得割額」は、住宅借入金等特別徴収税額控除前及び寄付金控除前の所得割額を記入します。