障がい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　　年　　月　　日

障がい児者との関係

電話番号　　（　　）

下記の障がい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。

申請する障がい 福祉サービス	■　障害者総合支援法による給付申請のため □　障害者地域生活支援事業の利用申請のため □　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 (ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		住　所	
手帳 区分	□身体障害者手帳　□療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳	手帳 番号	秋　田　県　　号 A　・　B　　（　　種　　級）

	氏　　名	続柄	合計所得金額 （R　年）	年　金　額 （R　年）	市民税（R　年度）		備考
					均等割額	所得割額※	
世帯員状況							

確認者欄	福祉担当 職氏名	㊞	税務担当 職氏名	㊞

※この様式の所得割額欄に記載する額は、住宅借入金特別税額控除と寄附金税額控除の両税額控除を控除する前の令和　年度市民税所得割額から、令和　年度に現に控除した特別税額控除額（定額減税）を控除した額とする。