

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 A・B (種 級)			号級	
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)		備考
					均等割額	所得割額	
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の所得割額を記入します。