

(介護給付費 訓練等給付費 特定障がい者特別給付費 療養介護医療費 地域生活支援事業 障がい児通所給付費 地域相談支援給付費)

世帯状況・収入等申告書 兼 利用者負担額減額・免除等申請(変更申請)書

倉敷市長あて

次のとおり申告(申請)します。
 なお、この申請にあたり必要な、私及び私の世帯員に関する
 税務情報の調査について同意します。

申告(申請)年月日		令和	年	月	日
(児童の場合保護者)	氏名				
	住所				
	電話番号	()	-		

1. 世帯・収入状況の申告

	氏名	生年月日	対象者との続柄	個人番号	扶養人数	
					~15歳	~18歳
申請者						
配偶者						
	申請者と住所が異なる場合→	市区町村				



※ 児童の場合は、下の①②欄ともにご記入ください。
 ※ 20歳未満の施設入所の場合は、下の②欄に保護者の属する世帯の状況をご記入ください

	氏名	生年月日	対象者との続柄	個人番号
① 対象児童			本人	
② その他世帯員				

2. 利用者負担月額額の認定について

□下記の区分の適用を申請します(当てはまるものに○をすること。不明の場合は空欄可。)

1	生活保護世帯
2	市町村民税非課税世帯
3	市町村民税課税世帯

支給申請書と同時に提出する場合は記入不要です ↓

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)	
	フリガナ	
	氏名	申請者との関係
	居住地	〒 -

電話 () -

