

(宛先)北名古屋福祉事務所長

申告年月日 令和 年 月 日
申請者(保護者)住所
(保護者)氏名

この書類は、障害児通所給付費等に
係る支給申請書類に添付して
いただくものです。
この書類で「申請者」とは、障害
児通所給付費等を申請する者を
いいます。

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏 名	生年月日	個人番号	児童との関係	市町村民税の状況
児童					☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主					☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税
					☐ 課税 ☐ 非課税

※職員確認欄

多子軽減措置 非該当 ・ 第2子該当 ・ 第3子以降該当 (該当の場合、通園証明要)

※配偶者の住民票が市外にある場合

氏 名	生年月日	住所	個人番号
配偶者			

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏)

申告書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申 請 者 との関係	
氏 名			
住 所	☐ 申請者に同じ 〒 - 電話番号() -		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白又は別紙に記入をした上で添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。