

ねたきり身体障害者等福祉手当所得状況届			
1	ねたきり身体障害者・重度知的障害者	フリガナ 氏名	住所 佐倉市
2	配偶者	フリガナ 氏名	住所 佐倉市
3	扶養義務者	フリガナ 氏名	住所 佐倉市
年度 所課 得税 税所得	ねたきり身体障害者等	配偶者	扶養義務者
	円	円	円

上記のとおり相違ありません。なお、認定に際し、必要のある場合には、所得の状況について、佐倉市長が公簿により確認することに同意します。

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

受給者

住所 佐倉市

氏名 (印)

ねたきり身体障害者等との続柄

()

電話番号 ()