

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 佐倉 太郎	住所 佐倉市海隣寺町97番地	
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 佐倉 花子	住所 佐倉市同上	
年度 所得税 課税所得	ねたきり身体障害者・ 重度知的障害者	配偶者	扶養義務者
	記入不要です 円	記入不要です 円	記入不要です 円

下記の状況についてご記入ください。(各項目の当てはまる番号に○。「I.I」の場合は右欄にも記入。)

施設への入所状況	1. 入所している ② 入所していない 3. 予定している	年 月 日から入所 施設種別 () 名称 ()
病院等への入院状況	1. 入院している ② 入院していない 3. 予定している	年 月 日から入院 病院名 ()
介護認定について (要介護、要支援)	1. 認定を受けた ② 認定をされていない 3. 予定している	年 月 日認定

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。

令和〇年△月×日

(あて先) 佐倉市長

受給者

住所 佐倉市海隣寺町97番地

氏名 佐倉 花子 (印)

ねたきり身体障害者等との続柄

(母)

電話番号 〇〇〇 (△△△) ××××