様式第11号(第10条、第14条関係)

調査書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書受理番号及び年月日 | | | 第　　　　　号  年　月　日 | | | 身体障害者手帳番号 | | | 第　　　　　号 | | | | | 身体障害者更生指導台帳番号 | | |  | |
| 申請者氏名及び生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | 申請者が当該世帯における最多収入者であるかないかの別 | | | | | ある  ない |
| 居住地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯員の状況 | 氏名 | | | | | 続柄 | | 職業 | | | 市長村民税課税の有無 | | | | 前年分の所得税額 | | 備考 | |
|  | | | | | 世帯主 | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 世帯区分 | | 1 | | 被保護世帯又は市町村民税非課税世帯 | | | 2 | | | 所得税非課税世帯 | | 3 | | | | 所得税課税世帯  (月平均所得税額　　円) | | |
| 上記のとおり確認しました。  　　　　年　　月　　日調査者㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 徴収基準(月)額又は加算基準(月)額 | | | | | | | | 円(×1／2＝　　　　　　　　　円) | | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉士の意見 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  村長㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |