様式第4号(第7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 | | | 都道府県(市)  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 | | |  | | | | | | 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 | | 市町村民税均等割課税の有無 | | | 市町村民税所得割課税の有無 | | 前年分の所得税額 | | 備考 | |
|  | | | | 世帯主 | | |  | |  | | |  | | 円 | |  | |
| 世帯区分 | 1 | 被保護世帯又は市町村民税非課税世帯 | | | | 2 | 市町村民税均等割課税世帯 | | | | 3 | 市町村民税所得割課税世帯 | | 4 | | 所得税課税世帯前年所得税額　　円 | | |
| 一部負担可能月額 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉司の意見 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他特記すべき事項 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおりである。  年　　月　　日  国頭村長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |