様式第14号（第10条関係）

1

2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 市町村民税  課税の有無 | | | 前年度の  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（×　＝　　　　円） | | | | | |
| その他参考と  すべき意見等 | |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  日南町長 | | | | | | | | | | | | |