第１号様式（第３条関係）

障害児・者紙おむつ等購入費助成申請書(新規・再申請)

年　　　月　　　日

　阿賀野市長　　　　様

申請者　住所

氏名

(対象者から見た関係　　　　　　)

電話番号

　次により、障害児・者紙おむつ等購入費の助成を申請します。

　なお、助成認定審査のため、貴職が私の世帯の課税状況及び対象者の心身状況を調査し、資格喪失までの間、確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 〒  阿賀野市 | | | | | | 電話番号 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | | | 生年月日 | | 年　　月　　日  （　　　歳） | |
| 備考 | |  | | | | | | | |
| 世帯の状況  (本人を含む) | | 氏名 | | 年齢 | 対象者から見た関係 | | 市民税課税状況(担当課記入) | | |
| 均等割税額 | | |
|  | |  | 対象者本人 | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
|  | |  |  | | 円 | | |
| ※審査結果  (担当課記入) | | 年　　　月　　　日認定・不認定　（　　年　　月分より助成） | | | | | | | |

助成券送付先(上記住所と異なる場合記入)

〒：

住所：

氏名：