様式第20（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 | | 明治  大正  昭和  平成 | 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　×＝　　　　　　円 | | | | | | |
| 身体障害者  福祉司の意見 | |  | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  町村長　㊞ | | | | | | | | | | | | |