

世帯状況・収入申告書(裏面同意書)

(あて先) 八尾市福祉事務所長
 申告者 (保護者) 住所
 (保護者) 氏名

提出年月日

年 月 日

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

※障がい児通所支援のみを利用する場合には、氏名と共に個人番号も記入してください。

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申告者		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主	個人番号:	年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
児童		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員	個人番号:	年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:	年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:	年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:	年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
	個人番号:	年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

※空白が生じる場合は、「以下余白」と記入してください。

2 申告者の収入の状況について

※ 児童発達支援のうち治療に係るもの(旧医療型児童支援)をご利用の方で、市町村民税非課税世帯の方のみご記入ください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

種 類	
特別児童扶養手当	有 ・ 無
障害児福祉手当	有 ・ 無

申告書提出者	□申告者本人 □申告者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申告者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

裏面あり

※障がい児通所支援のみをご利用の方は、この面に記入・署名する必要はありません。

障がい福祉サービス等支給に伴う利用者負担額

児

決定に要する税情報等の確認に対する承諾書

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）第19条」、「身体障害者福祉法第18条」及び「知的障害者福祉法第15条の4」の規定に基づく介護給付費・訓練等給付費、特定障害者特別給付費支給に伴う「障害者総合支援法第29条第4項」における利用者負担上限額の決定及び「障害者総合支援法第77条」に基づく地域生活支援事業の支給に伴う「八尾市障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業の実施に関する規則」における利用者負担額の決定にあたり、府・市民税課税台帳にある申請者及び世帯員の府・市民税課税状況及び申請者の収入状況並びに生活保護受給者台帳の確認を行うことに承諾する。

申告者

利用者が障がい児（18歳未満（ただし、施設入所者の場合は、20歳未満））の場合は、保護者が申告者となります。

家族構成（同じ住民票に記載されている方全員の名前）			
氏名		生年月日	申告者から見た続柄
氏名	個人番号：	年 月 日	
氏名	個人番号：	年 月 日	
氏名	個人番号：	年 月 日	
氏名	個人番号：	年 月 日	
氏名	個人番号：	年 月 日	
氏名	個人番号：	年 月 日	
氏名	個人番号：	年 月 日	

※空白が生じる場合は、「以下余白」と記入してください。記入欄が足りない場合は、別紙に記入して下さい。

サービス利用等における情報の提供についての同意書

サービスの利用等の際し、八尾市と関係機関（指定事業所・施設、医療機関、行政機関など）が連絡調整を行い、サービス利用や決定に必要な情報を共有することに同意します。

申告者

（利用者が18歳未満の場合は、保護者が申告者となります。）

裏面あり