様式第２号（第３条、第１０条関係）

　春日部市在宅重度心身障害者手当所得状況届

|  |  |
| --- | --- |
|  | 　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況 | 　　　有（課税）　・　無（非課税） |
| 　上記のとおり、　　年度の所得状況を届け出ます。　　　　　年　　月　　日　春日部市長　あて氏　　名　　　　　　　　　　　印　保 護 者　　　　　　　　　　　印　※この所得状況届には、市区町村長が発行する所得証明を添付してください。 |
|  |
| 同　　　　　意　　　　　書　春日部市在宅重度心身障害者手当制度の受給資格確認のため、私（受給者）の住民基本台帳、課税台帳及び障害の状況等の情報を春日部市長が、今後必要な範囲内で使用することに同意します。　　　　　年　　月　　日　春日部市長　あて氏　　名（受給者）　　　　　　　　　　　印　保 護 者　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |
|  |
| ※審査欄 |  |