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 |  | | | | | | | | | | | | | |