

町田市住宅設備改善費給付申請書

受付

年 月 日

町田市福祉事務所長 様

居住地	東京都町田市		
電話	()		
申請者氏名			
生年月日	大正 昭和 平成	年	月 日
児童氏名 (18歳未満の方)			
生年月日	昭和 平成	年	月 日

私は下記により、関係書類を添えて住宅設備改善費の給付を申請します。また、福祉事務所長がこの申請に必要な私の個人情報調査・利用することに同意します。

記

手帳交付番号	交付年月日	種別	等級	障害名
() 都道府縣市 第 号	昭和 平成	第 種	第 級	

申請する内容	
申請する理由	

世帯員の 状況	氏名	続柄	生年月日	市民税	市民税所得割金額	収入金額	介護保険	備考	
		本人	M T S H . .	課・非				該・非	
			M T S H . .	課・非				該・非	
			M T S H . .	課・非				該・非	
			M T S H . .	課・非				該・非	
			M T S H . .	課・非				該・非	

該当する所得区分	<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 2 市区町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの <input type="checkbox"/> 3 市区町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの <input type="checkbox"/> 4 市区町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 5 一定所得以上（市区町村民税所得割最多納税者の納税額が50万円以上）
----------	---

世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子等が障がい者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一世帯に属する親、兄弟、子等の被扶養者となっていない。
---------------	--

生活保護移行防止措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。
------------------	--

	同一月内の日常生活用具等給付に伴う負担額	円	自己負担金額(合算)	円
--	----------------------	---	------------	---

添付書類 見積書・工事計画書・図面・(承諾書)

※いただいた情報は、町田市個人情報保護条例で定められた場合を除き、住宅改修設備改善費の給付のみに使用し、目的外に使用することはありません。