

通所サービス利用等に係る食事軽減に関する申告書

区保健福祉センター所長

申告年月日 年 月 日

申告者 住所

氏名

下記の要件に該当するため、市民税の課税状況を次のとおり申告します。

1. 要件について

- 市民税課税世帯に属するグループホームに入居する者<*1>であって、世帯の市民税所得割額の合計額が16万円未満である。

<*1> グループホームに入居する者には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練／就労移行を利用する者が含まれます。

2. 市民税の課税状況について

	氏名	生年月日	本人との関係	市民税の状況	
				課税・非課税の別	a) 市民税所得割の金額
申告者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
関係者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

- ・ 障がい者で配偶者がいる場合には、関係者欄に記入して下さい。
- ・ 住宅借入金等特別税額控除または寄附金税額控除の適用を受けている場合、a)市民税所得割の金額欄には、控除される前の金額を記入して下さい。

添付書類（受付担当者使用欄）

- 障がい者及び配偶者等の市町村民税の証明書
 その他申告の内容により必要と認められる書類（ ）

☆ 別添『同意書』についても記入願います。