

番号（ ）

年 月 日

（提出先）

川 越 市 長

申請者 住 所

氏 名

印

電話番号 （ ）

登録者との続柄 本人・保護者

川越市障害児（者）生活サポート事業利用者登録申請書

川越市障害児（者）生活サポート事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり
 年度の利用者登録をいたく申請します。

記

登 録 者	住 所	〒350- 川越市		
	氏 名	カガナ	性別	男 ・ 女
	生年月日	M. T. S. H 年 月 日	電話	()
	障害内容等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者 <input type="checkbox"/> 医師により心身の発達に障害があると診断された者		
保護者名等	住 所	〒 -		
	氏 名		性別	男 ・ 女
	続 柄		電話	()
所得の状況 (※障害児のみ)	所得税額 () 円 所得税非課税 ・ 生活保護受給 登録団体の利用料補助単価の認定に当り、必要に応じて私と私の世帯全員の市民税課税台帳を閲覧することに同意します。 保護者氏名 _____ 印			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者との関係	
住 所		電話	

※添付書類 7月～12月に申請される方は前年（1月～6月に申請される方は前々年）の源泉徴収票等の所得税額の分かるものの写し