

様式第1 (第4条関係)

鹿児島市身体障害者寝具乾燥事業利用申請書

年 月 日

鹿児島市長殿

申請者 住所 鹿児島市 丁目 番 号
氏名 町 番地
電話番号 () - ()

鹿児島市身体障害者寝具乾燥事業実施要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり寝具乾燥事業の利用の申請をいたします。

対象者	住所	鹿児島市		
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 齢	満 歳
	身体障害者手帳 交付番号	鹿児島県・市 号 (年 月 日交付)		
	障害内容	(種 級)		
同意書				
鹿児島市身体障害者寝具乾燥事業の利用に伴う対象者決定のために必要があるときは、私(生計中心者)の市民税の課税状況を確認するために、課税の資料を閲覧することに同意します。				
住所				
氏名 (署名又は記名押印)				

注

- 1 生計中心者の市民税の額が均等割額以下である場合は、同意書に記入し、署名又は記名押印してください。
- 2 上記1以外の場合は、生計中心者の前年の所得税が非課税であることを証明する書類を添付してください。