

調 査 書

番号第 号

申請書受理番号 及び年月日	第 号 年 月 日					
身体障害者 手 帳	手帳番号	県 第 号		年 月 日交付		
	障がい名			障がい等級	級	
療育手帳	手帳番号	県 第 号		年 月 日交付		
	障がい程度					
対象者氏名 生年月日	年 月 日(歳)			居 住 地		
世帯員の 状 況	氏 名	続柄	前年度分の市町村民 割課税の有無	前年分の収入額	前年分の 所得税額	備考
				円	円	
世帯区分	1 生活保護受給世帯				所得税 課税世帯	
	2 中国残留邦人等支援給付受給世帯					課税 非課税
3 市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						
4 市町村民税非課税世帯に属する者であって、3以外のもの						
住居の状 況	1 自家 2 借家 (貸主の諾否)		助成後の介護の状況	1 自力で入浴(排便)できる ようになる。 2 助成しても他人の介助が 必要 3 助成しても入浴(排便)で きない。		
助成の必 要性の有 無	1有 2無	助成する (しない)理由				
用具名(含形式、 規 模 等)						
予定価格	円		公費助成予定 額	円		申請者負担額 円
※取付費 助成必要 の有無	1有 2無	※ 助成する (しない)理由				
※取付工事 の内容			※ 工事概算額	円	※ 助成額	円
その他の 特 記 事 項						
年 月 日						
調査者氏名						㊟

注 ※印の欄は、取付費助成の申請があった場合調査し記入する。