（注）太枠内を記入してください

調　査　票　（補装具）

障害者氏名		生年月日	年　月　日

世帯の状況（本人を含む）	氏　名	続柄（本人を中心に）	職業	市税の課税の有無	備　考
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	
				無・有（均／所）	

補装具費の決定に当たり、本人又は扶養義務者の負担額を決定するため必要があるときは、地方税法に基づく課税台帳により、私の属する世帯の所得、課税状況等について、貴職が調査することを承諾します。

年　月　日

（あて先）下関市長

対象者（児童のときは保護者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯区分	□生活保護　□非課税世帯　□一般　□一定所得以上

上記のとおり確認しました。

年　月　日　　調査員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

見積額＿＿＿＿＿＿＿＿円　　自己負担決定額＿＿＿＿＿＿＿＿円