

様式第1号（第6条関係）

児童補聴器購入費等助成申請書

年 月 日

加古川市長 様

(対象者の保護者)

住 所

氏 名

(対象者との続柄)

個人番号

下記のとおり児童補聴器購入費等の助成を申請します。

児童補聴器購入費等助成申請にあたり、市が私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	住 所					
	フリガナ 氏 名				個人 番号	
					電話	
	生年月日		性別		FAX	
身体障害者手帳の 申請の有無	有・無					
購入する補聴器の 種類または交換する 耳あて等の種類・個数	補聴器		耳あて等			
最近5年間における 補聴器購入の有無	児童補聴器購入費等助成事業による				有・無 (有りの場合: 市・町)	
耳あて等のみの 申請の場合	受診医療機関	医療機関名				
		所在地				
	利用中の補聴器 種目・型番	電話番号				
希 望 す る 補 聴 器 販 売 事 業 者		名 称				
	所在地					
	電 話		FAX			

扶養対象児童申告書

申告対象

令和2年12月31日現在における、0歳から15歳までの扶養対象児童及び16歳から18歳までの扶養対象児童（令和2年中の合計所得が38万円以下の児童に限る。）

0～15歳の扶養対象児童 (平成17年1月2日令和2年12月31日生まれ)			
ふりがな 氏名	生年月日	同居・別居 の区別	扶養者
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
16～18歳の扶養対象児童 (平成14年1月2日～平成17年1月1日生まれ)			
ふりがな 氏名	生年月日	同居・別居 の区別	扶養者
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()
	年 月 日	同居・別居	父・母・()

【扶養控除の見直しに伴う補装具費支給の影響について】

平成24年度分より市民税の年少扶養控除等が廃止されました。

加古川市では、これにより日常生活用具の給付に関する負担に影響が生じることがないように、扶養控除の廃止対象者を特定したうえで、扶養控除見直し前の旧税額を再計算し、その税額をもって負担上限月額算定を行うこととしました。