

年 月 日

申請者 住所

氏名

対象者との続柄 ()

電話番号 ()

三

対 象 者	住　所	吹田市					
	ふりがな						
	氏名						
	生年月日			年		月　　　日	
	障害種別	□ 下肢(１・２)級			□ 体幹(１・２)級		
		□ 脳性麻痺(１・２)級			□ 内部障害１級		
	手帳番号等	第		号			
施設入所状況	☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 医療保護施設 ☐ 障害者支援施設 ☐ 障害児入所施設 ☐ 救護施設 ☐ 厚生施設 ☐ 該当なし						

☐ 所得確認済 ☐ 税システム (課税 ・ 非課税) ☐ (非)課税証明書等 ※世帯全員分 ☐ その他()	確認者	チケット番号
--	-----	--------