

家族構成報告書

1	申請者	氏名	
		要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上又は15歳未満の者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 18歳未満の就学者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(□1級、□2級)の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・精神障害者保険福祉手帳被交付者、介護保険法上の要介護(支援)者 <input type="checkbox"/> その他( )
2	同居者	氏名	
		要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上又は15歳未満の者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 18歳未満の就学者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(□1級、□2級)の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・精神障害者保険福祉手帳被交付者、介護保険法上の要介護(支援)者 <input type="checkbox"/> その他( )
3	同居者	氏名	
		要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上又は15歳未満の者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 18歳未満の就学者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(□1級、□2級)の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・精神障害者保険福祉手帳被交付者、介護保険法上の要介護(支援)者 <input type="checkbox"/> その他( )
4	同居者	氏名	
		要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上又は15歳未満の者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 18歳未満の就学者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(□1級、□2級)の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・精神障害者保険福祉手帳被交付者、介護保険法上の要介護(支援)者 <input type="checkbox"/> その他( )
5	同居者	氏名	
		要件	<input type="checkbox"/> 65歳以上又は15歳未満の者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 18歳未満の就学者 (生年月日 年 月 日 歳) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(□1級、□2級)の交付を受けた者 <input type="checkbox"/> 療育手帳・精神障害者保険福祉手帳被交付者、介護保険法上の要介護(支援)者 <input type="checkbox"/> その他( )

この住宅に居住する者は上記のとおり相違ありません。

申請者の氏名



※注 ・申請者及び同居者について、必要事項を記入し該当する□にシ印を付し、当該要件に該当することを証する書類(65歳以上の場合であれば運転免許証・年金受給者証・健康保険証の写し等、障害者等の場合であれば各手帳や介護保険被保険者証の写し、18歳未満であれば学生証又は健康保険証等年齢の確認できるもの)を添付すること。

(注) 申請者の氏名(法人にあっては、その代表者の氏名)の記載を自署で行う場合においては、押印を省略することができる。