

水道料金減免申請書

(宛先)
つくば市長

申請年月日		年	月	日
申請者 (使用者)	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	電話番号	—	—	

水道料金の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

お客様番号					
対象者 又は 施設名	ふりがな			申請理由 ※該当する番号に○をつけてください。 1 生活保護受給 2 児童扶養手当受給 3 遺族基礎年金受給 4 身体障害 (1 級・2 級) 5 知的障害 (A・A) 6 精神障害 (1 級・2 級) 7 重複障害 (身体障害 3 級・知的障害 B・ 精神障害 3 級のうち 2 つ以上に該当) 8 社会福祉施設 9 その他	
	氏名				
	生年月日	年	月		日
	使用者の属する世帯に対象者が いる ・ いない				
	※該当するものに○を付けてください。				
施設名					
窓口に来た人 (申請者本人が 窓口に来た場合 は記入不要)	住所				
	ふりがな				
	氏名	電話番号	—	—	
管理者が減免の申請理由を確認するために必要な範囲において、市がその保有する減免の申請理由に係る私の情報を管理者に提供することに同意します。					
_____年 月 日 対象者署名_____					
福祉事務所長の証明	当該申請者の減免の申請理由は、事実と相違ないことを証明する。 _____年 月 日 ⑨				
処理欄	收受年月日		減免適用年月		
	_____年 月 日		_____年 月 日から		

【注意事項】

- 1 申請者は、太線内を記入してください。
- 2 福祉事務所長の証明に代えて、減免の申請理由を証明できる書類を添付することができます。
- 3 使用者の属する世帯に対象者がいない場合は、減免の対象になりません。
- 4 対象者が病院に入院し、又は社会福祉施設等に入所している場合は、減免の対象になりません。
- 5 減免されるのは、減免を決定した月の翌月以後の最初の検針分からです。
- 6 減免理由が喪失したときは、水道料金減免理由喪失届出書を提出してください。