

洲本市CATV施設に係る分担金及び使用料の減免申請書（平成30年度分）

洲本市長 様 平成 年 月 日

申請者(CATV契約者)

設置先住所 洲本市 氏名 _____ (印)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 電話番号 _____

私は、以下の枠内に○印を記した通り、洲本市CATV施設のテレビ加入者に係る分担金及び使用料の減免に関する規則第 条 () に該当しますので、下記の事項を証明する関係書類を添えて申請します。

		減 免 対 象 者
全額免除 (3条)	使用料	洲本市に住居を有する世帯で、
		①生活保護世帯
		②平成29年度の市民税が世帯全員非課税で障害程度等級1級、2級の身体障害者を有する世帯 (世帯員のうち70歳以上の者については、市民税が課税されていても所得割が課税されていなければ市民税が非課税としてみなします) ⇒ 身体障害者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】
		③障害程度等級が1級、2級の視覚、聴覚障害者を有する世帯 ⇒ 身体障害者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】
		④平成29年度の市民税が世帯全員非課税で A判定の知的障害者を有する世帯、又は1級の精神障害者を有する世帯 (世帯員のうち70歳以上の者については、市民税が課税されていても所得割が課税されていなければ市民税が非課税としてみなします) ⇒ 療育手帳又は精神障害者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】
		⑤70歳以上のひとり暮らしで平成29年度の市民税が非課税の世帯
		⑥災害により半壊、半焼、床上浸水以上の被害を受けた世帯 (ただし、災害認定時から3ヶ月間のみ)
半額免除 (4条)	使用料	洲本市に住居を有する世帯で
		①障害程度等級3級から6級までの視覚、聴覚障害者が世帯主の世帯 ⇒ 身体障害者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】
		②障害程度等級1級、2級の身体障害者が世帯主の世帯 ⇒ 身体障害者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】
		③A判定の知的障害者又は1級の精神障害者が世帯主の世帯 ⇒ 療育手帳又は精神障害者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】
		④70歳以上のひとり暮らしで、かつ、平成29年度の市民税が課税されている者で、所得割額が課税されていない世帯
	⑤障害の程度が特別項症から第4款症までの戦傷病者が世帯主の世帯 ⇒ 戦傷病者手帳のコピーが必要です 【手帳等被交付者氏名: _____】	

《以下の欄内には上記の全額免除条件②④に該当する方のみご記入下さい。ただし、本人の記入は不要です。》

※記入欄が足りない場合は本紙をコピーして、左肩をホッチキス留めて下さい。

	氏 名	続柄	生 年 月 日	氏 名	続柄	生 年 月 日
生計を一にする親族			明・大・昭・平 . .			明・大・昭・平 . .
			明・大・昭・平 . .			明・大・昭・平 . .

年齢などの基準は、平成30年2月20日現在の状況で判断します。

なお、資格認定にあたり必要となる、本人、世帯員の税務情報による所得状況、住民基本台帳、障害等級及び判定状況の調査を承諾します。

上記の申請内容に相違ないことを誓約いたします。なお、この申請内容が事実と相違する場合は、減免決定を取り消されても異議を申し立てません。

《 記入はここまでです。以下の欄には記入しないで下さい。 》

(何い) 上記の申請内容を適当と認めてよろしいか。

処理欄	() 適当と認める	月から	オーナー通知	確認者	受付者	手帳確認	年度
	() 却下する		印	身視聴知精	級
						戦	項症 款症

年 月 日		企画情報部 広報情報課						<input type="checkbox"/> 還付なし <input type="checkbox"/> 還付あり ¥.....円
市長	副市長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係	
								確認者
専決								