

中津市ケーブルネットワーク放送サービス使用料の減免申請書
兼 市民税非課税世帯確認承諾書

中津市長 あて

(加入者) 住 所 (〒 -)

氏 名 (フリガナ)

生年月日 年 月 日

電話番号 () -

下記のとおり、中津市ケーブルネットワーク引込工事費用、分担金及び放送サービス使用料の減免に関する規則第 条に該当しますので、第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、審査にあたり必要な全世帯員の住民基本台帳による調査及び税情報の調査に承諾します。

記

| 区分 | 該当 | 減免基準（①、②及び④～⑥は一般加入者、③は法人等加入者） | 関係書類 |
|----|--------------------------|---|--------------------------|
| 免除 | <input type="checkbox"/> | ①生活保護法の規定による扶助を受けている世帯 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | ②天災その他の災害を受け、放送サービス使用料を支払うことが困難であると認められる場合 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | ③中津市内の公共的施設の設置者であって、市長が特に必要があると認めるもの | |
| 減額 | <input type="checkbox"/> | ④市民税非課税世帯であって、身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の交付を受けた身体障害者のうち、身体障害者手帳に身体上の障害の程度が1級又は2級である者として記載されている者を構成員とする世帯 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤市民税非課税世帯であって、児童相談所又は知的障害者福祉法第9条第5項に規定する知的障害者更生相談所、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第6条第1項に規定する精神保健福祉センター又は精神保健指定医の判定により知的障害者とされた者のうち、重度の判定を受けた者を構成員とする世帯 | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | ⑥市民税非課税世帯であって、すべての構成員が満75歳以上である世帯 | |

減免基準④、⑤、⑥に該当する場合は、以下に世帯員の氏名・続柄・生年月日を記入してください。

| | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 |
|----------|----|----|------|----|----|------|
| 世帯を構成する者 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- ※関係書類 ①「生活保護受給証明書」を添付してください。(写しは不可)
④「身体障害者手帳(1級又は2級)」の写しを添付してください。
⑤「療育手帳」等、知的障害(重度)であることが分かる書類の写しを添付してください。

| 加入者コード | | | | | | | 支所受付日 | 本庁受付日 | 審査担当者 | 処理依頼年月日 |
|--------|--|--|--|--|--|--|-------|-------|-------|---------|
| | | | | | | | | | | 年 月 日 |

審査 ①、②及び④～⑥一般加入者の送付先が中津市内 ⑥世帯員全員75歳以上 ④～⑥非課税世帯
 ①、②、④、⑤関係書類の漏れ