

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	該当欄 (○を記入)	減免基準
免除		①生活保護法に規定する扶助を受けている世帯
		②中津市内に居住し、かつ、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
		③中津市内の公共的施設の設置者であって、市長が特に必要であると認めるもの
減額		④市民税非課税世帯であって、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障害程度等級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
		⑤市民税非課税世帯であって、児童相談所、知的障害者更生相談所、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
		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。

受付者チェック 毎月10日までに受け付けた申請は当月の減免対象だが11日以降は来月からの減免になる旨説明
 加入者は中津市在住か 世帯員全員75歳以上か 非課税世帯か 添付書類の漏れはないか

処理欄	加入者コード								受付年月日	処理年月日	担当者
									年 月 日	年 月 日	