

放送受信料免除証明願

年 月 日

和泉市福祉事務所長 あて

下記の事項についての証明書の交付を申請します。

なお、免除証明書を発行するにあたり、契約者及び障がい者手帳所持者の世帯に係る住民基本台帳並びに課税状況を確認することを承諾します。

記

契約者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	⑩		
	住所	〒 電話番号		

障がい者手帳者	<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者本人以外（本人以外の場合は下欄に記入）		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏名		契約者との関係	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 契約者本人 <input type="checkbox"/> 契約者本人以外（本人以外の場合は下欄に記入）		契約者との関係
フリガナ			
氏名	⑩		

障がい福祉課記入欄

システム登録済み

証 明 事 項	
全 額 免 除	<input type="checkbox"/> 身体障がい者のいる市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 知的障がい者のいる市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 精神障がい者のいる市民税非課税世帯
半 額 免 除	<input type="checkbox"/> 視覚または聴覚障がいの方が世帯主かつ受信契約者 <input type="checkbox"/> 重度（1・2級）の身体障がい者で世帯主かつ受信契約者 <input type="checkbox"/> 重度（A）の知的障がい者で世帯主かつ受信契約者 <input type="checkbox"/> 重度（1級）の精神障がい者で世帯主かつ受信契約者
非 該 当	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 世帯主が本人以外 <input type="checkbox"/> 受信契約者が本人以外