

PNo.

C A T V利用料減免申請書

令和 年 月 日

由利本荘市長 様

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

由利本荘市C A T Vの利用料を減免していただきたいので、由利本荘市C A T Vセンター条例施行規則第6条の規定により、下記のとおり減免を申請します。

記

1 減免の期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

（※減免期間は原則として、申請日の翌月から申請年度末までとなります。）

2 減免を必要とする理由（下記のうち該当するもの1つ選択ください）

生活保護世帯

身体障害者手帳所持者を世帯員とする市民税非課税世帯

65歳以上のひとり暮らし世帯

65歳以上の高齢者のみの市民税非課税世帯

世帯主が身体障害者手帳を所持する視覚又は聴覚障害者である世帯

世帯主が身体障害者手帳を所持する重度肢体不自由者である世帯

減免適用の可否を審査するため、申請者世帯の個人情報を照会することに同意します。

フリガナ

氏 名

生年月日

電話番号

年 月 日

()