

第16号様式（第22条関係）

下水道使用料障がい者減免申請書

令和 年 月 日

多摩市長 殿

申請者（上下水道契約者）

住所 _____

氏名 _____

電話（FAX） _____（ ） _____

次のとおり、下水道使用料の障がい者減免を申請します。

なお、要件に該当しなくなった場合には速やかに届け出ます。

申請理由 該当するところに「 <input checked="" type="checkbox"/> 」をつけてください。	<input type="checkbox"/> 在宅で生活している身体障害者手帳（1級又は2級）の交付を受けている者が属する非課税世帯 <input type="checkbox"/> 在宅で生活している精神障害者保健福祉手帳（1級）の交付を受けている者が属する非課税世帯 <input type="checkbox"/> 在宅で生活している愛の手帳（1度又は2度）の交付を受けている方が属する非課税世帯 （上記に該当する者のうちの1人の手帳の写しを添付してください。）										
多摩市に住所を有する世帯全員の氏名を記入してください。	氏名（フリガナ）					生年月日					
水道のお客さま番号			-						-		
当該減免に必要な本人及び世帯全員の市民税非課税状況等については、多摩市長が確認することを同意します。 氏名 _____ ※ 多摩市に転入して来られた方は、前住所地の非課税証明書を提出してください。											

市 記 入 欄 （この欄は記入しないでください。）	
減免適用年月日	年 月 分 から
<input type="checkbox"/> 他の減免制度（生活保護・児童扶養手当・特別児童扶養手当）を受けていない <input type="checkbox"/> 世帯構成員全員が市民税非課税	