

水道料金減免申請書

(母子・父子・高齢・障害・ひとり親世帯)

受付No. _____

泉佐野市上下水道事業管理者 様

令和 年 月 日

泉佐野市水道事業給水条例第 31 条の規定により、基本料金、使用水量 10 立方メートルまでの超過料金及びメーター使用料の減免を申請します。(太枠内のみ記入して下さい)

あなたの住所	泉佐野市	
あなたの名前	ふりがな 印	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	電話番号

水栓番号			
水道使用者			
同居者氏名	あなたとの続柄	生年月日	障害該当(○)
		明・大 昭・平 年 月 日生	
		明・大 昭・平 年 月 日生	
		明・大 昭・平 年 月 日生	
		明・大 昭・平 年 月 日生	
		明・大 昭・平 年 月 日生	
水道料金減免の決定に際して、住民票、公租公課台帳及びその他必要事項を調査、閲覧されても異議ありません。			
		氏 名	印

※ 生活保護法に掲げるいずれかの扶助の適用を受けている世帯は対象外となります。

健康福祉部 ・ こども部 確認			
1. 遺族基礎年金(母子)受給		4. 住民基本台帳	
2. 児童扶養手当受給		5. 特別児童扶養手当受給	
3. ひとり親家庭医療費助成受給(1.2を除く)		6. 福祉手当受給	
口径	お客さま番号	適	不適
		年 月分より	理由