様式第1号

**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№

泉佐野市上下水道事業管理者　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令　　　　年　　月　　日生（　　　才） | 連絡先（自　　宅）（携帯電話） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 水栓番号 |  | 宛名番号（住基番号） |  |
| 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（○） |
|  |  | 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日生 |  |
|  |  | 大・昭・平・令　　年　　　月　　　日生 |  |
|  |  | 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日生 |  |
|  |  | 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日生 |  |
|  |  | 大・昭・平・令　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

* 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　　　　2. 児童扶養手当受給（　　　　　　　　　　　　）3. ひとり親家庭医療費助成受給（　　　　　　　　　　）　4. 住民基本台帳　5. 特別児童扶養手当受給　6. 福祉手当受給　7. その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 口径 | お客さま番号 | 適 | 不　　　　適 |
|  |  |  | 　 年　 月分より | 理由 |

2022.04改定