様式第１号の２（第19条関係）

下水道使用料免除申請書

稲城市長　殿

課　長	係　長	係

年　　月　　日申請

◎太線の中のみ、ご記入ください。

今後、免除の要件に該当しなくなった場合は速やかに下水道課にご連絡ください。

また、前年度の１月１日以降に稲城市に転入して来られた給水契約者に関しては、前住所地の市町村民税非課税証明書の写しを添付してください。

申請者

住　所　〒　　－

稲　城　市　　丁目　　番　　号　　棟　　室

荘

アパート　　方

電話番号　　（　　）

氏　名

申請者同意事項等の申告　下記を確認し☑を入れてください。

1　申請者が給水契約者と同一の者である場合

□（1）私は、この申請書に記載した事項の事実確認のため、市が世帯全員の公簿等を参照することに同意します。

□（2）私は、この申請書に記載した事項に異動があったと認めたとき、市が世帯全員の公簿等を確認することに同意します。

2　申請者が給水契約者と別の者である場合

□（1）下水道使用料免除申請について、給水契約者の同意を取って申請します。

□（2）この申請書に記載した事項の事実確認のため、市が世帯全員の公簿等を参照することについて、給水契約者の同意を取っています。

□（3）この申請書に記載した事項に異動があったと認めたとき、市が世帯全員の公簿等を確認することについて、給水契約者の同意を取っています。

減免を受けようとする者（給水契約者）

１または２に〇を付けてください。

1　上記の申請者と同一の者（この場合、下記は記入不要。右欄に記入してください。）

2　上記の申請者と別の者（この場合、下記及び右欄に記入して下さい。）

住　所　〒　2　0　6　－

稲　城　市　　丁目　　番　　号　　棟　　室

荘

アパート　　方

電話番号　　（　　）

氏　名

給水契約者のお客様番号（検針票又は領収証書の10桁数字）

（世帯全員の方が住民税非課税であることを確認しますので、給水契約者と同世帯の方全員のお名前を記入してください。）

フリガナ

氏　名（代表者）

フリガナ

氏　名

フリガナ

氏　名

フリガナ

氏　名

フリガナ

氏　名

フリガナ

氏　名

下水道課審査欄	
資格審査	・身体障害者手帳（　１級　２級　）　・愛の手帳（　１度　２度　）　・精神障害者保健福祉手帳（１級）
所得審査	・市民税（　課税　非課税　）　【確認日：　　年　　月　　日】

確認印	資格審査	所得審査