

受付番号	
------	--

年 月 日

遠軽町福祉暖房費助成金交付申請書

遠軽町長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

電話番号 () _____

(届出者) 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

電話番号 () _____

(続柄 夫・妻・子・その他 ()) _____

遠軽町福祉暖房費助成金の交付を受けたいので、遠軽町福祉暖房費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、助成金の対象要件を審査するため、私及び私の世帯構成員についての必要な公簿等を確認することに同意します。

世帯構成員氏名	続柄	性別	生年月日	年齢
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	
		男・女	大・昭・平・令 年 月 日	

該当する項目（該当する項目に○印を付してください。）

<input type="checkbox"/>	世帯主が満70歳以上の世帯	<input type="checkbox"/>	身体障害者（1級・2級）のいる世帯
<input type="checkbox"/>	知的障害者（A判定）のいる世帯	<input type="checkbox"/>	精神障害者（1級）のいる世帯
<input type="checkbox"/>	満18歳に達する日の属する年度末までの間の子を持つひとり親世帯		

助成金の振込先

金融機関名	店舗名
銀行・信用金庫 農協・労働金庫	本店・支店 支所・出張所
口座名義人（カナ）	口座番号
	普通 当座

※以下記入不要

申請者及び世帯構成員 の町民税の課税状況	<input type="checkbox"/>	非課税世帯	確認年月日	税務課 確認印
	<input type="checkbox"/>	課税世帯		

担当確認欄

対象世帯要件	入院、入所の有無	保護受給の有無	担当者 確認印
高・子・身・知・精	有・無	有・無	