

様式第1号（第5条関係）

認定申請書

平成 年 月 日

玄海町長 様

住 所 玄海町大字

氏 名 ㊟

連絡先 ()

玄海町テレビサービス利用料補助区分認定取扱要領第5条の規定に基づき申請します。

なお、認定要件に該当する事由が消滅したときは、直ちに、その旨を届けます。

認定要件に該当する事由(下記の該当する項目に○印を記入してください。)

該当欄	
	(1) 公的扶助受給者
	(2) 町県民税非課税の重度の身体障害者
	(3) 町県民税非課税の重度の精神障害者
	(4) 町県民税非課税の重度の知的障害者
	(5) 視覚、聴覚障害者
	(6) 重度の身体障害者
	(7) 重度の知的障害者
	(8) 重度の精神障害者
	(9) その他の者
	(10) その他、町長が特別に認める者 具体的事由の内容 ()
<p>なお、本申請の審査にあたり、申請に必要な世帯状況及び課税状況を確認するため、玄海町担当職員が調査することに同意します。また、加入している事業者に対し、補助事業遂行に必要な個人情報及び補助区分について、情報提供されることに同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 玄海町大字 氏 名 ㊟ 生年月日 大・昭・平 年 月 日</p>	