

美瑛町冬の生活支援事業（電子地域通貨）支給申請書

年 月 日

美瑛町長 様

〒
住 所

申請者

氏 名 (印)
(連絡先電話 ー)

美瑛町冬の生活支援事業による助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 該当する番号に○を付けてください。
- (1) 65歳以上の方のみで構成される世帯で市町村民税が非課税の世帯
 - (2) 子育て世帯で市町村民税が非課税の世帯
 - (3) 子育て世帯で収入が急変し、住民税非課税相当の収入となった世帯
 - (4) 身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた方のいる世帯で市町村民税が非課税の世帯
 - (5) 上記(1)と(2)に該当する方で構成される世帯

2 申請者を含む世帯員の状況

氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
	世帯主			世帯主	

私は、この申請の審査または実施のために必要があるときは、美瑛町が私及び私の世帯員の住民基本台帳及び課税台帳、その他を閲覧調査することに同意します。

氏 名 印

※ 美瑛町に住民登録がない場合は、前住所地等における世帯の生計中心者の課税証明書の添付を求める場合があります。

町審査欄(申請者は記入せず)

1	世帯全員が65歳以上で世帯全員が市町村民税非課税である。	1 該当	2 非該当
2	子育て世帯で世帯全員が市町村民税非課税である。	1 該当	2 非該当
3	子育て世帯で収入が急変し、住民税非課税相当の世帯である。	1 該当	2 非該当
4	身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳の交付を受けた方のいる世帯で世帯全員が市町村民税非課税である。	1 該当	2 非該当
5	上記1及び2に該当する方で構成される世帯である。	1 該当	2 非該当
支給の可否		可 ・ 否	備考欄