

士別市福祉灯油助成金交付申請書

年 月 日

士別市長様

士別市福祉灯油助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

また、福祉灯油助成金の交付決定の審査のため、私及び私の世帯の家族構成、収入状況、福祉諸制度の適用の有無等など、必要な個人情報に係る調査について同意します。

申請者 (世帯主)	住 所	(〒 一) 士別市		電話番号	—
	ふりがな 氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)
代理人	住 所	(〒 一)		電話番号	—
	ふりがな 氏 名			申請者との関係	
世帯の種類	① 高齢者世帯(世帯の収入が <u>176万8,000円以下</u>) <input type="checkbox"/> 満70歳以上の者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 満70歳以上の者と児童のみの世帯 ② 障がい者世帯 (世帯の収入が <u>206万8,000円以下</u>) (対象者氏名) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級・2級 <input type="checkbox"/> 療育手帳A判定 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 1級 ③ ひとり親世帯 (児童扶養手当受給者証、又はひとり親家庭等医療費受給者証を交付されている世帯) ④ 生活保護世帯				
同居世帯の状況	氏 名	続柄	生 年 月 日		収 入(円)
		世帯主			円
			昭・平・令	年 月 日 (歳)	円
			昭・平・令	年 月 日 (歳)	円
			昭・平・令	年 月 日 (歳)	円
		世 帯 収 入 合 計 額		円	

助成金受取口座

- 昨年度の福祉灯油助成事業助成金受取口座又は物価高騰に伴う住民税非課税世帯等給付金受取口座への振込を希望します。
 下記の口座への振込を希望します。

金融機関名				店名				
口座番号 (7ヶタ)	普通・当座							
口座名義 (カタカナ)								