様式第１号（第３条関係）

**ケーブルテレビ維持管理費等負担軽減制度適用申請書**

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

伊賀市長　様

ケーブルテレビ維持管理費等負担軽減制度の適用を受けたいので、ケーブルテレビ維持管理費等負担軽減制度実施要綱第３条第１項の規定により申請します。

なお、適用要件を確認するため、加入名義人とその世帯全員の課税台帳及び住民基本台帳等を閲覧し、必要に応じて関係機関に資格状況を照会することに同意します。

**１　申請者（加入名義人）**

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名（自署） |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |

**２　世帯員**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**３　軽減制度の適用要件**

　適用の要件のうち、**該当する番号に○を記入してください**。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 適用の要件 | 申請に必要な書類 |
| １ | 申請者又は世帯員のうちのいずれかが身体障害者手帳（その障がいの程度が１級又は２級であるものに限る。）を有しており、かつ、申請者及び世帯員全員が住民税が非課税である。 | ・申請書  ・承諾書  ・身体障害者手帳のコピー |
| ２ | 申請者又は世帯員のうちのいずれかが療育手帳（その障がいの程度がＡに該当するものに限る。）を有しており、かつ、申請者及び世帯員全員が住民税が非課税である。 | ・申請書  ・承諾書  ・療育手帳のコピー |
| ３ | 申請者又は世帯員のうちのいずれかが精神障害者保健福祉手帳（その障がいの程度が１級に該当するものに限る。）を有しており、かつ、申請者及び世帯員全員が住民税が非課税である。 | ・申請書  ・承諾書  ・精神障害者保健福祉手帳の  コピー |
| ４ | 世帯員のうちのいずれかが伊賀市福祉医療費の助成に関する条例第２条第４項に規定する一人親家庭等の児童に該当し、かつ、世帯員全員が住民税が非課税である。 | ・申請書  ・承諾書  ・児童の福祉医療費受給資格証のコピー |
| ５ | 申請者及び世帯員全員が生活保護を受給している。 | ・申請書  ・承諾書  ・生活保護受給者証明書  （全世帯員が記載されたもの） |

※記入いただいた個人情報は、要件確認以外の目的に使用しません。