

南魚沼市緊急告知FMラジオ負担軽減世帯認定申請書

年 月 日

(あて先)
南魚沼市長

申請者 氏 名
(世帯主名)
住 所 南魚沼市
電話番号

負担軽減世帯の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容の審査に当たり、私又は私の世帯の住民登録、世帯状況等について市が調査することに同意します。

軽減対象世帯員	氏 名	
	生年月日	年 月 日
該 当 要 件	該当する□に✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> (1) 65歳以上である。 <input type="checkbox"/> (2) 身体障害者手帳の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> (3) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> (4) 療育手帳の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> (5) 要介護度1以上の要介護認定を受けている。 <input type="checkbox"/> (6) 特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けている。 <input type="checkbox"/> (7) 小児慢性特定疾病医療受給者証の交付を受けている。	

※添付資料

- 該当要件が(1)の場合 不要
- 該当要件が(2)の場合 身体障害者手帳の写し
- 該当要件が(3)の場合 精神障害者保健福祉手帳の写し
- 該当要件が(4)の場合 療育手帳の写し
- 該当要件が(5)の場合 介護保険被保険者証の写し
- 該当要件が(6)の場合 特定医療費（指定難病）受給者証の写し
- 該当要件が(7)の場合 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

●提出先 南魚沼市役所 本庁舎 総務課防災庶務班（電話773-6660）
大和市民センター 大和市民班
塩沢市民センター 塩沢市民班
(郵送の場合) 〒949-6696
南魚沼市六日町180番地1
南魚沼市役所 総務課防災庶務班 宛