

集合 I D : _____ I D : _____

様式第1号(第9条関係) (/ 枚目)

N o .

洲本市CATV施設のテレビ加入者に係る分担金及び使用料の減免申請書(令和8年度分)

洲本市長様 令和 年 月 日

申請者(CATV契約者)

設置先住所 洲本市 氏名 _____
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 電話番号 _____

私は、以下の枠内に○印を記した通り、洲本市CATV施設のテレビ加入者に係る分担金及び使用料の減免に関する規則第 条()に該当しますので、下記の事項を証明する関係書類を添えて申請します。

		減 免 対 象 者	
全額免除 (3条)	使用料	洲本市に住居を有する世帯で、	
	①	生活保護世帯	
	②	令和7年度の市民税が世帯全員非課税で障害程度等級1級、2級の身体障害者を有する世帯 (世帯員のうち70歳以上の者については、市民税が課税されていても所得割が課税されなければ市民税が非課税としてみなします) → 身体障害者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]
	③	障害程度等級が1級、2級の視覚、聴覚障害者を有する世帯 → 身体障害者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]
	④	令和7年度の市民税が世帯全員非課税で A判定の知的障害者を有する世帯、又は1級の精神障害者を有する世帯 (世帯員のうち70歳以上の者については、市民税が課税されていても所得割が課税されなければ市民税が非課税としてみなします) → 療育手帳又は精神障害者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]
	⑤	70歳以上のひとり暮らしで令和7年度の市民税が非課税の世帯	
半額免除 (4条)	使用料	洲本市に住居を有する世帯で	
	①	障害程度等級3級から6級までの視覚、聴覚障害者が世帯主の世帯 → 身体障害者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]
	②	障害程度等級1級、2級の身体障害者が世帯主の世帯 → 身体障害者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]
	③	A判定の知的障害者又は1級の精神障害者が世帯主の世帯 → 療育手帳又は精神障害者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]
	④	70歳以上のひとり暮らしで、かつ、令和7年度の市民税が課税されている者で、所得割額が課税されていない世帯	
	⑤	障害の程度が特別項症から第4款症までの戦傷病者が世帯主の世帯 → 戦傷病者手帳のコピーが必要です	【手帳等被交付者氏名:]

※以下の欄内には上記の全額免除条件②④に該当する方のみご記入下さい。ただし、本人の記入は不要です。
※記入欄が足りない場合は本紙をコピーして、左肩をホッチキス留めて下さい。

	氏 名	続柄	生 年 月 日	氏 名	続柄	生 年 月 日
生計を一に する 親族			明・大・昭・平・令 . .			明・大・昭・平・令 . .
			明・大・昭・平・令 . .			明・大・昭・平・令 . .

年齢などの基準は、令和8年2月20日現在の状況で判断します。

なお、資格認定にあたり必要となる、本人、世帯員の税務情報による所得状況、住民基本台帳、障害等級及び判定状況の調査を承諾します。
上記の申請内容に相違ないことを誓約いたします。なお、この申請内容が事実と相違する場合は、減免決定を取り消されても異議を申し立てません。

《記入はここまでです。以下の欄には記入しないで下さい。》

(問い合わせ) 上記の申請内容を適当と認めてよろしいか。

処理欄	() 適当と認める 月から	オーナー通知	確 認 者		受 付 者		手帳確認 年度
	() 却下する		印	..	身 視 聴 知 精 級 戦 項症 款症

市 長	副 市 長	企 画 情 報 部 D X 推 進 課					
		部 長	次 長	課 長	係 長	係 長	係
			専 決				

□還付なし
□還付あり
¥ 円
確認者