

令和3年度 六戸町福祉灯油購入費助成金申請書

世帯の状況	氏名	続柄	性別	年齢	備考(手帳等級等)
		世帯主			
対象区分	① 高齢者世帯 ②障がい者世帯 ③ひとり親家庭等世帯				
請求額	10,000円				
<p>上記のとおり六戸町福祉灯油購入費助成金(10,000円)を受けたいので申請します。 なお、助成要件確認のための、住民基本台帳、町民税課税状況、療育手帳交付台帳、身体障害者更生指導台帳、精神障害者保健福祉手帳交付台帳、ひとり親家庭等医療費受給者台帳、児童扶養手当受給者台帳等の閲覧について同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 六戸町.....</p> <p>世帯主氏名</p> <p>電 話</p> <p>六戸町長 様</p>					
<p>私名義に係る福祉灯油購入費助成金の支払いについて、次の口座に振込みしてください。</p> <p>金融機関名 : 支店名 :</p> <p>口座名義人(カナ) : 口座種類 :</p> <p>口座名義人(漢字) : 口座番号 :</p>					
摘要	課税状況 : ①非課税 ②課税(均等割のみ) ③課税 対象世帯 : ①高齢者 ②障がい者 ③ひとり親 支給額 : 10,000円			左記のとおり認定する。 取扱者 福祉課 認定根拠 ①公簿 ②その他()	

※摘要欄は記入しないで下さい。