様式第１号の２（第19条関係）

下水道使用料免除申請書

稲城市長　殿

お客さま番号（検針票又は領収証書の10桁数字）										

年　　月　　日申請

課　長	係　長	係

◎太線の中のみ、ご記入ください。

今後、免除の要件に該当しなくなった場合は速やかに下水道課にご連絡ください。
また、前年度の１月１日以降に稲城市に転入して来られた方は、前住所地の非課税証明書を添付してください。

申請者（給水契約者）

住　所　〒２０６－□□□□

稲　城　市　　丁目　　番　　号　　棟　　室

荘
アパート　　方
電話番号　　（　　）

氏　名

同意事項

(1)私は、この申請書に記載した事項の事実確認のため、市が公簿等を参照することに（　同意します　・　同意しません　）。

(2)私は、市がこの申請書に記載した事項に異動があったと認めたとき、公簿等により確認することに（　同意します　・　同意しません　）。

（世帯全員の方が住民税非課税であることを確認致しますので、同世帯の方全員のお名前を記入してください。）

フリガナ
氏　名
（代表者）

フリガナ
氏　名

フリガナ
氏　名

フリガナ
氏　名

フリガナ
氏　名

フリガナ
氏　名

申請者	給水契約者　　代理人　・委任状　　・その他（　　）
本人確認	Ⓐ　・個人番号カード　・運転免許証　・旅券　・身体障害者手帳　・精神障害者保健福祉手帳　・療育手帳 ・その他（　　） Ⓑ　・被保険者証　・年金証書　・その他（　　） Ⓒ　・法人（国及び地方公共団体の機関を除く。）が発行した身分証明書　・その他（　　）

Ⓐ書類１点確認
Ⓑ書類２点確認
Ⓑ書類１点及びⒸ書類１点

下水道課審査欄	
資格審査	・身体障害者手帳（　１級　２級　）　・愛の手帳（　１度　２度　）　・精神障害者保健福祉手帳（１級）
所得審査	・市民税（　課税　非課税　）　【確認日：　　年　　月　　日】

確認印	資格審査	所得審査