

ケーブルテレビ利用料金全額免除申請書 (継続・消滅)

平成 年 月 日

鳥取中央有線放送株式会社 宛

ケーブルテレビ利用料金全額免除について、免除規定に従い(継続・消滅)申請いたします。

なお、継続申請において、鳥取中央有線放送が審査のために行う免除事由の存続確認に対し、居住する町の福祉事務所長が、当該事由を証明するために必要な確認調査を行うこと、並びに鳥取中央有線放送へ調査結果を回答することを了承いたします。

契約者氏名	フリガナ								
	印								
住 所	〒 - ※マンション名・部屋番号もご記入ください								
	電話 () -								
加入者番号 (TCC 記入欄)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px dashed black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
免除事由	公的扶助受給世帯 ・ 市町村民税非課税の障がい者								
消滅の場合はその理由									

※記載いただいた個人情報は、免除基準の適用事務にのみ利用いたします。