様式２　　（市町村民税非課税の障がい者用）

# ケーブルテレビ利用料金全額免除申請書

平成　　年　　月　　日

鳥取中央有線放送株式会社　宛

鳥取中央有線放送株式会社ケーブルテレビ免除規定　第２項(2)に該当しますので申請します。

なお、免除基準に該当する事由が消滅した場合は、その旨を通知致します。また、下記証明先が該当事由の証明の為、必要な確認調査を行うこと、および鳥取中央有線放送の該当事由の存続確認に対し、下記証明先が鳥取中央有線放送へ回答することを了承いたします。

<table>
<tr><td rowspan="2">契約者氏名</td><td colspan="6">フリガナ</td></tr>
<tr><td colspan="6">印</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="6">〒　　-　　※マンション名・部屋番号もご記入ください<br><br>電話（　　）　　－</td></tr>
<tr><td>加　入　者　番　号　（TCC 記入欄）</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">障がい者氏名</td><td rowspan="2"></td><td colspan="3">世 帯 構 成 員 氏 名</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">手 帳 番 号</td><td rowspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">免除規定に該当する事由（該当番号に〇をつけてください。）<br>以下のいずれかの障がい者を構成員とする世帯で、その構成員の全員が市町村民税非課税の措置を受けている場合<br>１　身体障がい者　身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳を所持する者<br>２　知的障がい者　所得税法または地方税法に規定する障害者のうち、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センターまたは精神保健指定医により知的障害者と判定された者<br>３　精神障がい者　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者福祉保健手帳を所持する者</td></tr>
</table>

上記の者が免除基準に該当することを証明します。

平成　　年　　月　　日

町　　長

福祉事務所長　　印

※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。