

### 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(1)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、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。

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 border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> <td style="width: 10%; border: none;"></td> </tr> </table>										
免除規定に該当する事由 生活保護法に規定する生活扶助を受けている者											

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

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。