第１７号様式（第１９条関係）

公共下水道使用料減免申請書

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住所
伊勢原市
申請者　（フリガナ）
氏名　　㊞

電話

次のとおり申請します。

1　区　　分	□身体障害者　□知的障害者　□その他 □精神障害者　□児童扶養手当　（　　）
2　減免対象者	
3　下水道の使用場所	伊勢原市
4　水栓番号	－
5　添付書類	□官公庁の発行書類の写し　□その他（　　）
（摘要欄）	

資格確認の同意	減免の継続審査のため、市及び福祉事務所等において資格要件の確認をすることについて同意します。 署名　　印

（備　考）

・公共下水道の使用料算出のため、委託先である神奈川県企業庁へ必要事項を提供しますのでご了承ください。
・減免理由欄は該当するものをチェックする。
・添付書類として対象減免項目の決定書類（手帳等）のコピーしたもの
・水栓番号は、水道のお客様番号の下９桁を記入してください。