第２０号様式（第１９条関係）

# 公共下水道使用料減免資格喪失届

年　　月　　日

伊勢原市長　殿

住所
伊勢原市

届出者　（フリガナ）
氏名　　㊞

電話

次のとおり届け出ます。

| | |
|---|---|
| １　区　　分 | □身体障害者　□知的障害者　□その他<br>□精神障害者　□児童扶養手当　（　　） |
| ２　減免対象者 | |
| ３　喪失年月日 | 年　　月　　日 |
| ４　喪失理由 | |
| ５　下水道の使用場所 | 伊勢原市 |
| ６　水栓番号 | ー |
| （摘要欄） | |

（備　考）

・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。