

令和 年 月 日

富良野市長様

福祉燃料助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、福祉燃料助成金の支給決定のために、私及び私の世帯員の収入、市民税課税状況、世帯の状況など、必要な個人情報の調査について同意します。

申 請 者 (世 帯 主)	住 所	(〒 一 富良野市)	電話番号		
	ふりがな 氏 名	(印)	生年月日	(歳)	
代理 人	住 所	(〒 一 富良野市)	電話番号		
	ふりがな 氏 名		申請者との関係		
世帯の種類	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 他	
同 居 し て の 状 況 る (世 帯 主)	氏 名	続 柄	生 年 月 日		
			年 月 日	(歳)	
			年 月 日	(歳)	
			年 月 日	(歳)	
			年 月 日	(歳)	
振込先金融機関		銀行・金庫・農協			本店 支店 所
口 座 番 号		(普通・当座)			
口座名義人(フリガナ)					

添付書類  本人確認証（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し

□振込先金融機関の写し

### □前年の収入を確認できる書類

障害者手帳等の写しを添付して下さい。

※ 以下の欄には記入しないで下さい。

決裁	課長	係長	係	審査結果	決定年月日	年 月 日
					□該 当	□高齢者 □障がい者 □ひとり親
	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯				(事由)	
					□市民税の課税世帯 □高齢者世帯の要件が非該当 □障がい者世帯の要件が非該当 □ひとり親世帯の要件が非該当 □生活保護の受給世帯 □病院、社会福祉施設等への入院・入所世帯 □その他	
課税調査欄	令和 年 月 日 市民税係				( )	