

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	(〒) 富良野市	電話番号	
	ふりがな 氏名		生年月日	(歳)
代理人	住所	(〒) 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 世帯 している 状況	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			本店 銀行・金庫・農協 支店	
□ 座 番 号			(普通・当座)	所
□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
☐ 障がい者世帯の方は障害者手帳等の写し

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