

# 水道料金・下水道使用料減免申請書

(宛先) 広島市水道事業管理者

受付日	区役所 各担当課	水道局 各担当課

令和 年 月 日

【同意事項】 内容を確認し、□にチェック✓を入れてください。

- 申請受付以降、必要に応じて、減免対象者及び減免対象者の属する世帯の世帯員の所得金額・所得控除額・扶養親族等の人数について、市民税等課税状況の情報を市民税担当課に照会のうえ、利用されることに同意します。また、福祉情報・世帯構成員等の異動状況について、調査・確認されることに同意します。なお、これらを調査・確認されることについては、減免対象者及び減免対象者の属する世帯の世帯員の同意を得ています。

〔注：昨年又は今年の1月1日現在の減免対象者及び減免対象者の属する世帯の世帯員のうち、お一人でも住民票住所が広島市以外の場合は、後日、所得証明書の提出が必要となる場合があります。〕

マンション・アパートにお住まいの方のうち、水道料金等を管理人又は管理組合等（以下「管理人等」という。）にお支払される方

- 減免対象者の住居が共同住宅の場合には、この減免申請を行うにあたり、水道料金及び下水道使用料の支払いを取りまとめている管理人等に対し、水道局から事情を伝え協力を求めることを了承します。また、その役目が将来他の者に引き継がれる場合には、その者に対しても同様に取扱うことをあらかじめ了承します。

〔注：水道料金等の減免は管理人等を通じ行うため、管理人等の協力が得られないなどにより減免できない場合があります。〕

上記について同意し、申請します。

減免適用の可否及び開始時期等については、後日、水道局から送付される通知書により確認します。

申請者	フリガナ		減免対象者との関係 ※該当項目にチェック✓を入れてください。	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者
	氏名			<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/> 子
	連絡先	電話（日中連絡のつく番号を記入してください。） ( ) - ( )		<input type="checkbox"/> 孫	<input type="checkbox"/> 祖父母
				<input type="checkbox"/> その他 ( )	

水道使用住所	広島市	区	町	丁目	番地	番	号
	(アパートなどの名称)						号室)

水道番号 枝番 お客さま名	水道番号				枝番	お客さま名	
※水道番号、枝番及びお客さま名は「ご使用水量のお知らせ」又は「水道料金等請求書兼領収書」に記載されています。							

減免理由	1 生活保護世帯
	2 障害者のおられる世帯
	3 寝たきり老人等のおられる世帯
	4 ひとり親世帯
	5 中国残留邦人等世帯

※該当する番号に○をしてください。

裏面もご記入ください。

◎ 減免対象者及び対象資格（記入又は○をしてください。）

減免対象者 氏名・生年月日	フリガナ	M. T. S. H. R 年 月 日		<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護世帯の場合は、世帯主を記入してください。</li> <li>障害者のおられる世帯で、特別児童扶養手当受給を要件とする場合は、児童を記入してください。</li> <li>ひとり親世帯の場合は、主たる保護者を記入してください。</li> </ul>
◆ 障害者の方	障害の程度	受給手当等		主たる保護者名 (20歳未満の場合)
身体障害	1級・2級・3級	1 特別児童扶養手当 (20歳未満の場合)  2 重度心身障害者医療費補助 (20歳以上の場合)		( )  特別児童扶養手当受給を要件とする場合は、特別児童扶養手当の受給者名を記入してください。
知的障害	㉠・A・㉡			
精神障害	1級・2級			
その他	( )			
◆ 寝たきり老人等の方	介護保険要介護度 ( 要介護4 ・ 要介護5 )			
◆ ひとり親世帯の方	1 ひとり親家庭等医療費受給者証			
	2 児童扶養手当証書			
	3 その他 ( )			

◎ 同居している世帯員（障害者世帯・寝たきり老人等世帯・ひとり親世帯の方は必ず記入してください。）

氏名	対象者との続柄	生年月日	氏名	対象者との続柄	生年月日
フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日	フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日
フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日	フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日
フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日	フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日
フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日	フリガナ		M.T.S.H.R 年 月 日

☆ 受付確認欄（この欄は記入しないでください。）

減免区分	申請時に提示された各種手帳又は受給者証等(該当する項目に○をつけてください。)						
1 生活保護	各種扶助「ケース番号」						(7ケタ記入)
2 障害者	特別児童扶養手当受給確認 (所得制限の特例を受けている場合を除く) 重度障害者医療費受給者証 (所得制限の特例を受けている場合を除く) 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)、療育手帳 (㉠・A・㉡)、精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級) 障害基礎年金証書及び年金振込通知書、障害年金証書 (1級・2級) 及び年金振込通知書						
3 寝たきり老人等	介護保険被保険者証(要介護4・5)、介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書(要介護4・5)						
4 ひとり親世帯	ひとり親家庭等医療費受給者証、ひとり親家庭等医療費受給資格の非該当について 児童扶養手当証書、児童扶養手当認定通知書、児童扶養手当支給停止通知書 その他( )、ひとり親の定義(該当・非該当)						
5 中国残留邦人等	各種支援						
資格確認者印	[水道局処理欄] 減免決定 伺 決裁日 令和 年 月 日						
	減免の可否	減免決定日	検針日	減免開始期	係	係長	課長
	水道 可・否	・	・	・ 期			
	下水 可・否	・	・	(1・2)ヵ月分			
	所得の可否	所得確認者印	備考				
可・否							