

鷹栖町福祉灯油等助成申請書

令和 年 月 日

鷹栖町長 谷 寿 男 様

申請者	住 所
	氏 名
	電話番号

次のとおり、鷹栖町福祉灯油等助成を受けたいので申請します。

また、本申請にかかる世帯全員の住民基本台帳及び課税・収入状況等を公募等で確認することを承諾します。なお、公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

世帯の状況 (全員を記入してください)	氏名	続柄	生年月日	年齢	入所・通所先	備考
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
					入所・通所 時期（ 年 月頃から）	<input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級)
世帯区分	低所得世帯				ひとり親世帯	
	障がい福祉サービス等利用世帯				グループホーム世帯	
採暖燃料の種類	灯油 石炭 電気 ガス 薪 その他					
振込口座	農協・信金 信連・信組 銀行・漁協	支店 支所	普通 当座	口座番号		
				(フリガナ) 名義人		
※振込口座は、世帯主名義のものに限ります。						