

福祉灯油支給申請書

令和 年 月 日					
稚内市長 工 藤 広 様					
福祉灯油の支給を受けたいので、次のとおり申請します。					
申請者	住所	稚内市			
	氏名	Ⓜ	電話番号	—	
代理人	住所	稚内市			
	氏名	Ⓜ	続柄		
世帯区分		障害者世帯 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級又は 2 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A 判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 年金、手当又は給付金		ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 稚内市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例	
世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日	対象	令和 6 年度課税状況
					<input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 非課税
同意欄	福祉灯油券交付決定審査のため、世帯の課税状況などについて、関係公簿を閲覧することに同意します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">氏名 _____ Ⓜ</div>				

※ 市記入欄（申請者は、記入する必要はありません。）

決裁	課長	主査	担当	交付番号 第 号	年 月 日起案 年 月 日決定
				審査結果	<input type="checkbox"/> 決 定 ・ <input type="checkbox"/> 却 下
備考					