

届出のとおり、し尿処理手数料を減額します。

課 長	課長補佐	係 長	主 査	担 当

文書分類 番 号	04	04	02	003	文書取扱 主 任
保 存 年 限	1・3・⑤・7・10・永				

別記第14号様式(第25条第3項関係)

し 尿 処 理 手 数 料 減 額 申 請 書

※太線の枠内だけ記入してください。

令和 年 月 日									
滝川市長 様									
住所									
申請者 氏 名 ㊟									
滝川市廃棄物の資源化・再利用の促進及び適正処理に関する条例第30条第3項の規定により、し尿処理手数料の減額を受けたいので、次のとおり申請します。									
種 類	1 生活保護世帯等			2 70歳以上の単身者			3 母子家庭・父子家庭		
	該 当 年月日 令和 年 月 日 (減額の事由が生じた日)								
世 帯 構 成	氏 名	続 柄	生 年 月 日		職 業	前年1年間の収入			
		世帯主	大正 昭和 平成 令和 . .						
			大正 昭和 平成 令和 . .						
			大正 昭和 平成 令和 . .						
			大正 昭和 平成 令和 . .						
			大正 昭和 平成 令和 . .						
減額の判定のため必要があるときは、当該判定に必要な限度内において世帯に属する者の所得等の状況又は自らの納税状況について、調査されることを同意します。									
令和 年 月 日 氏 名 ㊟									
確 認 書 類			課 税 状 況		納 税 状 況		受 付 年 月 日	㊟	
	本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証)		非課税		完納				
	ひとり親家庭等医療費受給者証		均等割のみ課税		滞納				
	児童扶養手当証書		所得割課税		〔 市 税 〕 し尿処理手数料				
	身体障害者手帳(1・2)		未申告						
	療育手帳(A)		課税権なし						
	精神障害者保険福祉手帳(1)		課 税 情 報		納 税 情 報		生 活 保 護		
			滝川市徴税吏員確認印		滝川市徴税吏員確認印		担 当 者 確 認 印		
く み 取 り 年 月 日	くみ取り量	領収書番号	納入年月日	し尿処理手数料	減額金額	還付番号	領収書 照 合 印		
. .	ℓ		. .						
. .	ℓ		. .						
. .	ℓ		. .						
. .	ℓ		. .						
合 計	ℓ								