

第4号様式（第9条関係）

年 月 日

沼津市障害者活動支援事業利用料減額・免除申請書

（宛先）沼津市長

住所

申請者

氏名

印

（利用者又は保護者）連絡先

沼津市障害者活動支援事業の利用料について、次のとおり減額又は免除を申請します。

利用者	氏名		生年月日	
	住所		電話番号	
手帳の種類		手帳番号		
疾病名	[医師の診断書 有 無] [特定疾患医療受給者証 有 無]			
申請する事業の内容等				
減免の内容等	<input type="checkbox"/> 第9条第1号（生活扶助受給世帯）に該当 <input type="checkbox"/> 第9条第2号（市民税非課税世帯）に該当 <input type="checkbox"/> 第9条第3号（市民税課税世帯であり、かつ、所得税非課税世帯）に該当			

なお、利用料の減額又は免除の決定のため、利用者及び利用者の扶養親族の所得額、住民税・所得税の課税状況等について、沼津市長が税務関係当局に証明（報告）を求めることに同意します。