

上富良野町臨時福祉生活支援事業申請書

令和 年 月 日

上富良野町長 様

令和3年度上富良野町臨時福祉生活支援事業について、次のとおり下記事項に誓約・同意のうえ申請します。
※赤枠内をご記入ください。

申(世 請 帶 者 主)	住 所	(〒 -) 上富良野町		電話番号	
	ふりがな 氏 名	印		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
代 理 人	住 所	(〒 -)		電話番号	
	ふりがな 氏 名	印		申請者との 関 係	
上記の者を代理人と認め、上富良野町臨時福祉生活支援事業について（申請・受給）を委任します。 申請者（世帯主）					印
同居 世帯 の 状況	氏 名	続柄	生年月日		年齢
		世帯主	明・大・昭・平・令	年 月 日	才
			明・大・昭・平・令	年 月 日	才
			明・大・昭・平・令	年 月 日	才
			明・大・昭・平・令	年 月 日	才
			明・大・昭・平・令	年 月 日	才
			明・大・昭・平・令	年 月 日	才

【誓約・同意する事項】

臨時福祉生活支援事業の支給決定のための審査に必要な、私の世帯の家族構成、課税状況、個人情報に係る調査、上富良野町町税等の滞納者に対する行政サービス制限措置等に関する条例第7条に規定する納税状況確認について同意します。

虚偽の申請により商品券の支給を受けた時、その商品券を不正に使用した時は、商品券の返還について同意します。

申請者は以下に記入する必要はありません。

				交付番号	
住民登録（有・無）	施設入所（有・無）	3ヶ月以上入院（有・無）	町税等滞納（有・無）		
世帯 の 種類	① 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上の1人世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上の2人以上世帯	② 障がい者世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者1人世帯 <input type="checkbox"/> その他障がい者世帯	③ ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 親と子1人世帯 <input type="checkbox"/> 親と子2人以上世帯		
	世帯合計収入額				
審査結果					
<input type="checkbox"/> 交付支給決定（令和 年 月 日付け、決定通知） <input type="checkbox"/> 交付却下 -却下理由- 1 町税等の滞納がある 2 世帯合計収入額が基準額を超えてる 3 その他					