

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。

申請者 (世帯主)	住所	(〒 - ) 上富良野町	電話番号	
	ふりがな氏名		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		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

**【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いる 3 その他 [ ]				