公 印

課 長	グループ長	受 付 担 当	供 覧

日本放送協会受信料免除証明願（公簿確認承諾書）

年 月 日

三 春 町 長 様

（申請者）住 所 三春町

氏 名 _____ 印

（※押印又は自書）

電話番号 _____

下記のとおり日本放送協会受信料免除基準に該当する旨の証明書の交付を申請します。

なお、証明書交付にあたり、貴町担当職員が申請者の世帯の住民基本台帳（又は外国人登録関係公簿）及び市町村民税課税公簿の確認を行うことに同意します。

記

申請区分	☐ 全額免除 ☐ 半額免除		
世帯の状況	☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 市町村民税課税世帯		
世帯主名		障がい者名	
障がい者手帳等の状況	☐ 身体障がい者手帳（ 1級・2級・3級・4級・5級・6級 ） 【障がい区分：視覚・聴覚・肢体・内部・その他（ ）】 ☐ 療育手帳（ A ・ B ） ☐ 精神保健福祉手帳（ 1級・2級・3級 ） ☐ 戦傷病者手帳		

※添付資料 身体障がい者手帳 療育手帳 精神障害保険福祉手帳

市町村民税課税証明書（当該1月1日現在で当町に住所がなかった方のみ）

※市町村記入欄

申請区分	☐ 全額免除申請	☐ 半額免除申請
該当要件	☐ 生活保護世帯 ☐ 障がい者がいる世帯で、世帯構成員全員が市町村民税非課税	☐ 世帯主が、視覚障がい者 ☐ 世帯主が、聴覚障がい者 ☐ 世帯主が、重度の障がい者（身体1・2級、知的A、精神1級） ☐ 世帯主が、重度の戦傷病者