

高齢者世帯等住宅除雪援助事業利用申請書

年 月 日

湯沢町長 様

住 所
申請者 氏 名
電 話



湯沢町高齢者世帯等住宅除雪援助事業実施要綱による事業を利用したいので、次のとおり申請します。また、認定審査に係る課税状況確認の為に、利用希望者及び世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

(太枠線内のみ記入して下さい)

利用希望者	住 所	湯沢町 町内名() 電話 :				
	氏 名	男・女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生		
利用希望者の状況	世帯の状況	1 70歳以上高齢者のみ		2 身体障害者手帳(級)		
		3 母子家庭		4 その他()		
	同居する 家族構成	氏 名	続柄	生年月日	備 考	
				・		
				・		
				・		
	住宅の状況 (該当する □にレ点)	屋根状況 <input type="checkbox"/> 雪下ろし <input type="checkbox"/> 融雪 <input type="checkbox"/> 消雪 <input type="checkbox"/> 落雪				
		落雪処理 <input type="checkbox"/> 除雪 <input type="checkbox"/> 融雪 <input type="checkbox"/> 消雪				
		通路状況 <input type="checkbox"/> 除雪 <input type="checkbox"/> 融雪 <input type="checkbox"/> 消雪				
		*融雪・消雪設備が設置されていても、老朽化や経済的理由等で除雪している場合は、除雪を選択して下さい。				
子の所在	氏 名	年齢	住 所			
町内の 親戚状況	氏 名	続柄	年齢	住所(町内名)		
利用者及び世帯員の 税法上の扶養者	有 (住所 氏名) ・ 無					
緊急連絡先	氏名 :		電話番号 :			

公印使用承認	決裁印	課長	係長	係 員	起案	受 付 印
審査結果		否の理由				
適・否						