

水 道 料 金 等 減 免 申 請 書（ 兼 資 格 喪 失 届 ）

年 月 日

（宛先） 川崎市上下水道事業管理者

住 所

氏 名

電 話 番 号 ()

次のとおり水道料金・下水道使用料の減免について申請(届出)します。

水道番号	
給 水 装 置 場 所	
フ リ ガ ナ	
水 道 使 用 者 氏 名	
フ リ ガ ナ	
減 免 対 象 者 氏 名	
減 免 区 分	身体障害者 □ (02) 知的障害者 □ (03) 精神障害者 □ (06) 重複障害者 □ (04) (□ 身体 □ 知的 □ 精神) 要介護高齢者 □ (05)

保健福祉センター等 による資格確認	申請	年 月 日 (印)	ケース番号
	喪失	年 月 日 (印)	理 由 □ 転居(□市外 □市内 区) □ その他()

決定事項	申請	担任	係長	課長補佐	所長	入力担当	入力審査
		□ 減免する。(年 ・ 月分から) 種別 □一般 □共同住宅 □共用せん □ 減免しない。 理 由 □ 減免適用済み 減免区分() 対象者氏名() □ その他()					
	喪失	担任	係長	課長補佐	所長	入力担当	入力審査
		理由 年 ・ 月分から □ 転居(□市外 □市内 区) □ その他()					

保健福祉センター等受付 上下水道局受付

注1 太線の中のみ記入してください。
注2 この申請書は、減免対象者の居住地を所管する保健福祉センター等へ提出してください。