

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 <input type="checkbox"/> (02) 知的障害者 <input type="checkbox"/> (03) 精神障害者 <input type="checkbox"/> (06) 重複障害者 <input type="checkbox"/> (04) (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神) 要介護高齢者 <input type="checkbox"/> (05)

保健福祉センター等 による資格確認	申請	年 月 日	⑩	ケース番号
	喪失	年 月 日	⑩	理由 <input type="checkbox"/> 転居(<input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 市内 区) <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 減免する。(年・月分から) 種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 共同住宅 <input type="checkbox"/> 共用栓 <input type="checkbox"/> 減免しない。 理由 <input type="checkbox"/> 減免適用済み 減免区分() 対象者氏名() <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 転居(<input type="checkbox"/> 市外 <input type="checkbox"/> 市内 区) <input type="checkbox"/> その他()							

注1 太線の中のみ記入してください。
 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。

保健福祉センター等受付

上下水道局受付