

# 令和3年度 旭川市福祉灯油購入助成金交付申請書兼同意書



令和3年度旭川市福祉灯油購入助成金の交付を受けたいので、次の事項に同意の上、申請します。

同意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>審査にあたり世帯員全員の住民基本台帳及び課税状況等を公簿等で確認することを承諾するほか、公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。</li> <li>審査にあたり必要な場合は、申請書の修正を行います。</li> <li>申請の内容が事実と異なる場合は、助成金を返還します。</li> </ul>
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

令和 年 月 日

〔申請者〕	住所	旭川市		
	フリガナ			
	氏名	署名(又は記名押印)	印	申請時の所在 在宅・入院・入所
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話	( ) - ( ) - ( )	

高齢者世帯 令和3年度内に満70歳以上となる方(昭和27年4月1日以前に生まれた方)		
高齢者の方の氏名	生年月日	申請時の所在
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (フリガナ)	大・昭 年 月 日	在宅・入院・入所
(フリガナ)	大・昭 年 月 日	在宅・入院・入所

障がい者世帯 身体障害者手帳(1級・2級),療育手帳(A判定),精神障害者保健福祉手帳(1級)をお持ちの方		
手帳をお持ちの方の氏名	生年月日	申請時の所在
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ (フリガナ)	大・昭・平・令 年 月 日	在宅・入院・入所
(フリガナ)	大・昭・平・令 年 月 日	在宅・入院・入所

ひとり親世帯 ひとり親家庭等医療費助成の対象となっているお子様		
お子様の氏名	生年月日	申請時の所在
(フリガナ)	平・令 年 月 日	在宅・入院・入所
(フリガナ)	平・令 年 月 日	在宅・入院・入所

振込先(振込先は、世帯主の方の口座をご指定ください)		
金融機関名	銀行・信組 信金・農協	本店・本所 支店・支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号
口座名義 (カタカナ)		

※ 口座番号などの確認のため、預金通帳やキャッシュカードの写しの添付をお願いします。

《旭川市確認欄(以下は記入しないでください) ㊟》

受付No.	確認①	確認②	確認③	確認④	確認⑤	確認	決定	交付・不交付
						/	/	