



|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| お客様番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|

## 美作市ケーブルテレビ使用料等減免申請書(障がい者非課税世帯用)

美作市長 様

美作市ケーブルテレビ使用料を減免していただきたいので減免申請書を提出します。なお、減免基準に該当する理由が消滅したときは、直ちにその旨を届け出ます。

|            |   |  |  |
|------------|---|--|--|
| 申 込 年 月 日  |   | 令和 年 月 日   |  |
| 設置場所情報     |   | <input checked="" type="checkbox"/> ケーブルテレビ  | 減免内容   |
|            | 減免申請理由  | <input checked="" type="checkbox"/> 障がい者を有する非課税世帯  |  |
| 設置場所情報     | 設置場所<br>(建物名・号室は省略不可)   | 〒 _____<br>岡山県美作市  |  |
|            | 建物区分  | 戸建住宅 ( <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 借家 ) 集合住宅 ( <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 借家 )<br><input type="checkbox"/> 社宅官舎 <input type="checkbox"/> 市営住宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 利用者(申請者)情報 | 利用者名<br>(法人の場合法人名)  | カナ (必ず記入)  | 電話 ( ) -<br>携帯 ( ) -                                 |
|            | 代理人氏名<br>(法人の場合代表者名)  | カナ   | 利用者との関係 ( )<br>法人の場合担当者名 ( )<br>電話 ( ) -<br>携帯 ( ) - |
|            | 分担金・手数料及び使用料の請求書等書類送付先<br>(建物名・号室は省略不可)   | <input type="checkbox"/> 設置場所と同じ<br>〒 _____<br>都道府県 市区郡<br>建物名 号室<br>送付先宛名 電話 ( ) -<br>(氏名) 携帯 ( ) -   |  |
| 提出書類       | <input checked="" type="checkbox"/> ケーブルテレビ料金減免申請<br><input type="checkbox"/> 該当する障害者・療育手帳(または判定書)の写し<br><input type="checkbox"/> 美作市が発行する世帯全員分記載の課税証明書(原本)                                 |  |  |
| コース変更      | <input type="checkbox"/> 基本コース<br>※基本コースを視聴する世帯が、減免対象となります。<br>※基本コースに変更する場合は、コース変更手数料(300円)を次期請求月に請求します。   |  |  |
| 同意書        | 該当理由の証明のため、必要な確認調査を行うこと及び上記消滅の届出までの間、美作市が行う該当理由の存続確認に対し、上記申請理由の証明先が美作市に回答することを同意します。  |  |  |
| 該当規定       | ・美作市ケーブルテレビ放送施設の設置及び管理に関する条例第15・16条の規定  |  |  |
| 注意事項       | ① ケーブルテレビ使用料は、変更日に対して日割り計算をして請求は行いません。月中途減免決定の場合は翌月の使用料から減免対象になります。<br>※ただし、令和5年7月31日までに申請受付されたものは、令和5年7月分から減免の対象とします。<br>② ケーブルテレビ使用料は下記の額が減免後の使用料になります。<br>●基本コース：0円/月 ※基本+BS/CSコースは減免しない |  |  |

