領 収 書 添 付 位 置
（古い日付を下にホチキス止めしてください）

第2号様式（第5条関係）

領収書の期間中に入院や施設に入所はありましたか？
（該当する箇所に○を記入してください。）
なし・あり（期間：　　／　　～　／　　）

年　　月　　日

大 垣 市 長　　石田 仁 様

住 所　大垣市　　町　　丁目　　番地

（申請者）氏 名　　印

電 話　　－

大垣市生活環境料金助成申請書

（心 身 障 害 者 世 帯）

大垣市生活環境料金の助成に関する要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、受給者の認定にあたり、受給者、配偶者、及び扶養義務者の税務資料の閲覧について承諾します。

助成資格区分	障害者氏名		障害の程度	身体障害　級
	世帯主との続柄			知的障害
世帯主	住所	大垣市　　町　　丁目　　番地		
	氏名			
	生年月日	T･S･H　　年　　月　　日		

※助成申請額	区分	水道料金	簡易水道料金	下水道料金	し尿汲取料金
	提出月数				
	未提出分				
振替金融機関	大垣市心身障害者福祉年金の振替金融機関に振り込みをさせていただきますので、ご了承ください。				

◎太枠の中及び「申請者」欄を記入、押印し、※印の欄は記入しないでください。
◎口座振替通知書は送付いたしません。預金通帳に記帳することで、口座振替が済んでいることをご確認ください。申請された場合の振替時期は、翌月最終週の金曜日になります。

≪添 付 す る 関 係 書 類≫

1. 水道料金又は簡易水道料金領収書
2. 下水道料金又はし尿汲取り料金領収書

◎窓口に提出の際は身体障害者手帳又は療育手帳と印鑑をお持ちください。

年　　月 から／まで 対象

手 帳 番 号

身障－　　県 第　　号

療育－　　県 第　　号

（手帳を見て記入してください）

［お問い合わせ 大垣市役所 障がい福祉課 障がい福祉グループ （代表）81-4111　内線 2478 （直通）47-7298 Fax 81-5500］