様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

八頭町長　　　　様

住所

氏名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

（加入者との続柄　　　　　　）

心身障害者扶養共済制度掛金助成金給付申請書

八頭町心身障害者扶養共済制度掛金助成要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり助成金を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 心身障害者 | （住所） |
| （氏名） |
| 掛金月額 | 　　　　　　　　円（口数　　　口） |
| 支払い期間 | 　　年　　月　～　　年　　月（　　　ヶ月間） |
| 助成を受けようとする理由 | １　生活保護法第６条第１項に規定する被保護者２　１以外の者で、町民税を課されている者がいない世帯に属するもの３　１及び２以外の者で、町民税の所得割を課されている者がいない世帯に属するもの４　１から３までに掲げる者以外の者５　２人以上の心身障害者について加入する者 |

私は、心身障害者扶養共済制度掛金助成金の申請にあたり、世帯の課税状況等を調査されることに同意します。

　署名　　　　　　　　　　㊞