

ケーブルテレビ加入料・月額利用料減免申請書

年 月 日

ひらたCATV株式会社
代表取締役 石原 俊 太 郎 様

申請者 住所
氏名 印
電話

ひらたCATV株式会社の放送サービスについて、下記のとおり加入料及び利用料の減免を受けたいので申請します。

1. 減免の対象(該当するものに○をしてください。)

該当	減免の種類	内 容	減免額
	①公的扶助受給者減免	生活保護法に規定する扶助、またはハンセン病問題の解決の促進に関する法律に規定する援護を受けている場合	全額
	②身体障がい者減免	身体障がい者手帳をお持ちの方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合	全額
	③知的障がい者減免	所得税法または地方税法に規定する障がい者のうち、児童相談所、知的障がい者更生相談所、精神保健福祉センターまたは精神保健指定医により知的障がい者と判定された方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合	全額
	④精神障がい者減免	精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方がいる世帯で、かつ、世帯構成員全員が市町村民税非課税の場合	全額
	⑤災害被災者減免	災害救助法による救助が行われた区域内において、当該救助に係る災害により半壊、半焼または床上浸水以上の程度の被害を受けた場合	全額
	⑥視覚・聴覚障がい者減免	視覚障がいまたは聴覚障がいにより、身体障がい者手帳をお持ちの方が、世帯主である場合	半額
	⑦重度の身体障がい者減免	身体障がい者手帳をお持ちで、障がい等級が重度(1級または2級)の方が、世帯主である場合	半額
	⑧重度の知的障がい者減免	所得税法または地方税法に規定する特別障がい者のうち、児童相談所、知的障がい者更生相談所、精神保健福祉センターまたは精神保健指定医により重度の知的障がい者と判定された方が、世帯主である場合	半額
	⑨重度の精神障がい者減免	精神障がい者保健福祉手帳をお持ちで、障がい等級が重度(1級)の方が、世帯主である場合	半額

・減免対象経費は、加入時の加入金、基本チャンネル利用料、音声告知放送利用料に限ります。

ひらたCATV株式会社「ケーブルテレビ加入料・月額利用料減免」の申請にあたり、私が減免対象者として該当する旨確認願います。

上記内容について、申請どおり相違ないことを確認しました。

年 月 日

印