

## 福祉商品券 交付申請書

美里町長 殿

年 月 日

### 1. 申請・受給者

(フリガナ) 氏 名		性別	生年月日	番 号	現 住 所
⑩				電 話 ( )	
				住 所 (平成27年4月1日時点の住民票所在地) 現住所と同じ場合は、記載不要	
下記事項 3.の(1)から(3)に誓約・同意の上、福祉商品券(対象者1人につき5千円分の商品券)の交付申請をします。					

### 2. 代理申請者

申請者が受給者本人の場合は、下記について、記載不要です。

(フリガナ) 代 理 人 氏 名		性別	申請・受給者 との関係	現 住 所
⑩		男 ・ 女		電 話 ( )
				申 請 ・ 受 給 者
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
上記の者を代理人と認め、福祉商品券の交付申請を委任します。				⑩

### 3. 誓約・同意事項

- (1) 平成27年度町民税で課税される所得金額がなく、その他の福祉商品券の交付要件に該当します。
- (2) 福祉商品券交付要件の該当性等を審査するため、町が必要な税情報等の公募等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- (3) 公募等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

#### 本人確認書類

本人が確認できる書類の写し(写真付き住民基本台帳カード、運転免許証、パスポート(旅券)の写し等)

顔写真付きの本人確認書類をお持ちでない方は、次のうちから2つの写しが必要です。

国民健康保険や社会保険等の被保険者証、介護保険被保険者証、子ども医療費助成受給者証、母子、父子家庭医療費受給者証、心身障害者医療費受給者証、病院や歯科医院(医療機関等)の診察券、公共料金等の支払請求書、その他氏名・生年月日・住所等が記載されているもの

本人確認書類(写し)は、裏面に貼付ください。