

(全額免除・市町村民税非課税の障害者用)

地上契約 放送受信契約書  
衛星契約  
( ) 放送受信料免除申請書 (全額免除)

日本放送協会 平成 年 月 日

[放送受信契約について] (放送受信契約がお済みでない場合は□に✓をつけてください。)

□ 放送法、放送受信規約により放送受信契約を締結します。

[放送受信料免除申請について]

日本放送協会放送受信料免除基準第1項(4)に該当しますので、申請します。

なお、免除基準に該当する事由が消滅したときは、直ちに、その旨を届けます。

また、下記証明先が該当事由の証明のため必要な確認調査を行うこと、および上記記載の届け出までの間日本放送協会が行う該当事由の存続確認に対し、下記証明先が日本放送協会へ回答することに同意します。

お名前 (契約者氏名)	〒 _____ マンション名・部屋番号等もご記入ください		
ご住所	電話 ( ) _____ (受信機を住所以外の場所に設置した場合はその住所もご記入ください)		
受信機 所有数	地上 白	衛星 台	( ) お客様 台 番号
障害者氏名		社務所 係長	
手帳番号			
免除基準に該当する事由 (該当番号に□をつけてください。) 以下のいずれかの障害者を構成員とする世帯で、その構成員の全員が市町村民税 (特別区民税含む) 非課税の措置を受けている場合 ① 身体障害者 身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳を所持する者 ② 知的障害者 所得税法または地方税法に規定する障害者のうち、児童相談所、知的障害者更生相談所、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害者と判定された者 ③ 精神障害者 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者保健福祉手帳を所持する者 ※お客番号がご不明の場合は空欄でも構いません			

上記の者が免除基準に該当することを証明します。

平成 年 月 日

市区町村長  
福祉事務所長  
衛生主管部長

印

910  
2009K7

※記載していただいた個人情報は、放送受信料の契約・取納(電基明細の送付確認を含みます)のほか、免除基準の適用、受信に関する相談業務、放送サービスに関するお知らせ、放送に関する調査へのご協力やお問い合わせのために利用します。

(NHK保管)

(半額免除：視覚・聴覚障害者、重度の障害者、重度の戦傷病者用)

地上契約 放送受信契約書  
衛星契約 ( ) 放送受信料免除申請書 (半額免除)

日本放送協会宛 平成 年 月 日

〔放送受信契約について〕(放送受信契約がお済みでない場合は□に✓をつけてください。)

□ 放送法、放送受信規約により放送受信契約を締結します。

〔放送受信料免除申請について〕

日本放送協会放送受信料免除基準第2項(1)、(2)、(3)に該当しますので、申請します。

なお、免除基準に該当する事由が消滅したときは、直ちに、その旨を届けます。

また、下記証明先が該当事由の証明のため必要な確認調査を行うこと、および上記消滅の届け出までの間日本放送協会が行う該当事由の存続確認に対し、下記証明先が日本放送協会へ回答することに同意します。

お名 前 (契約者氏名)	フリガナ			
	印			
ご 住 所	〒 - マンション名・部屋番号等もご記入ください			
	電 話 ( ) - (受信機を住所以外の場所に設置した場合はその住所もご記入ください)			
手帳番号				
受信機 所有者	地上 台	衛星 台	( ) 台	お客様 番号
※お客様番号をご不明の場合は空欄でも構いません				
免除基準に該当する事由 (該当番号に○をつけてください。)				
以下のいずれかに該当する契約者が、住居基本台帳法にいう世帯主である場合				
① 視覚、聴覚障害者	身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳を所持する視覚障害者または聴覚障害者			
② 重度の身体障害者	身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳を所持する者のうち、障害等級が1級または2級である重度の身体障害者			
③ 重度の知的障害者	所管要法または地方自治法に規定する特別障害者のうち、児童相談所、知的障害者更生相談所、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害者と判定された者			
④ 重度の精神障害者	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神障害者保健福祉手帳を所持する者のうち、障害等級が1級である重度の精神障害者			
⑤ 重度の戦傷病者	戦傷病者特別優遇法に規定する戦傷病者手帳を所持する者のうち、障害の程度が恩給法に規定する特別項座から第1款座に相当する重度の戦傷病者			

上記の者が免除基準に該当することを証明します。

平成 年 月 日

市区町村長  
福祉事務所長  
衛生主管部課長  
都道府県戦傷病者主管部課長

印

9/1  
2005REV

※記載していただいた個人情報は、放送受信料の徴収・免除(東海テレビの権利確認を含みます)の目的で、免除条件の  
適用、変更に関する確認業務、放送イベントのお知らせ、営業に関する調査へのご協力のお問い合わせのために利用します。

(NHK保証)

# 同意書

平成 年 月 日

同意書 住所  
(受診者) 氏名 印  
(受信者が18歳未満の場合は、保護者)

私の「世帯」について、次の事項を確認（照会）されることに同意します。

## 記

- 1 確認（照会）事項  
「世帯」・課税・所得状況の確認
- 2 照会・確認理由  
NHK受信料全額・半額免除申請にあたって、提出書類等では「世帯」・課税・所得状況の確認が困難であるため。

## 課税状況等報告書

次のとおり報告します。

平成 年 月 日

住民サービス室税務担当

印

申請者の属する 世帯員の氏名	平成 年度 町 民 税	平成 年分 所 得 額	備 考
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	
	課税・非課税 所得割額 円	課税・非課税 所得額 円	