

狛江市長宛て

申請者(給付を受ける方)

フリガナ

氏名

住所

生年

月日

年

月

日

連絡先

(この申請に係る文書の送付先及び連絡先となる方)

申請者に同じ

フリガナ

氏名

続柄

住所

連絡先

狛江市高齢者自立支援日常生活用具給付申請書

狛江市高齢者自立支援日常生活用具給付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり日常生活用具の給付を申請します。

記

申請理由					
種目					
	氏名	性別	年齢	申請者との続柄	状況 (申請種目が電磁調理器の場合にのみ記入)
高齢者					<input type="checkbox"/> 認知症又はもの忘れ等がある
同居者					<input type="checkbox"/> 常時6時間以上不在となる日が週3日以上 <input type="checkbox"/> 疾病、ねたきり、施設に入所等
					<input type="checkbox"/> 常時6時間以上不在となる日が週3日以上 <input type="checkbox"/> 疾病、ねたきり、施設に入所等
					<input type="checkbox"/> 常時6時間以上不在となる日が週3日以上 <input type="checkbox"/> 疾病、ねたきり、施設に入所等
					<input type="checkbox"/> 常時6時間以上不在となる日が週3日以上 <input type="checkbox"/> 疾病、ねたきり、施設に入所等

※ 用具を納品する事業者の住所、商号及び機器の購入に要する費用が明記された見積書等の書類を添付すること。

私は、本申請に際し、以下の事項に同意します。

- 必要に応じて、市長が住民基本台帳及び課税台帳の情報等を公簿等により確認すること。
- 市長が本申請に係る情報を地域包括支援センター、事業者その他高齢者の支援に関わる機関等へ提供すること。

署名