

軽度生活援助事業利用申請書

年 月 日

大仙市長 様

〒

申請者 住 所

氏 名

電話番号

対象者との関係 ()

大仙市軽度生活援助事業の利用決定のために、貴職が私及び私の同居している家族全員(記名のあるもの)の課税状況及び世帯状況について、関係機関に照会し調査することに同意し、次のとおり、大仙市軽度生活援助事業の利用を申請します。

対 象 者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		〒		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
		年 月 日				
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
世 帯 の 状 況	氏 名	性別	続柄	生年月日	備考	
	同上		本人	同上		
				. .		
				. .		
送 付 先	氏名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		続柄	電話番号	
	住所	〒				
利 用 者 負 担 金 請 求 先	氏名	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		続柄	電話番号	
	住所	〒				

福祉事務所処理欄	市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 均等割のみ課税世帯	受付印
		<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	