

様式第1号(第6条関係)

大仙市高齢者等あんしん見守りサービス支援事業利用申請書

年 月 日

大仙市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

(続柄 _____)

電話番号 _____

大仙市高齢者等あんしん見守りサービス支援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、次により、大仙市高齢者等あんしん見守りサービス支援事業の利用を申請します。

利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____			
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	電話番号		メールアドレス		
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	要介護(支援)認定	障害者認定
	同上	本人	同上	有 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
				有 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
				有 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
				有 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
通知送付先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 利用者 と同じ 〒 _____		電話番号 _____	
	氏名			利用者との関係	
利用者負担金送付先	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 利用者 と同じ 〒 _____		電話番号 _____	
	氏名			利用者との関係	

市記入欄	受付印
課税状況 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	