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 | | □申請者と同じ | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | 生年月日 | | □明治 □大正 □昭和 □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□ | | | 有□ | |
|  | | |  |  | 有□ | | | 有□ | |
|  | | |  |  | 有□ | | | 有□ | |
|  | | |  |  | 有□ | | | 有□ | |
|  | | |  |  | 有□ | | | 有□ | |
| 通　知 送付先 | 住　所 | □申請者　□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 | □申請者　□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　　□　課税世帯　　　□　均等割のみ課税世帯 　　　　　　□　非課税世帯　　□　生活保護世帯 | | | | | | | |  | | |