

市川市高齢者見守り支援事業利用申請書

年 月 日

市川市長

次のとおり市川市高齢者見守り支援の利用を申請します。

利用者	住所	市川市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日( 歳)
	氏名			
	世帯状況	下記番号のどちらかに○をしてください。 1. 65歳以上の方及び身体障害者手帳1・2級の方の <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">該当するどちらかに○</span> 2. 上記に該当しない世帯・・・(月額) 2,772円		
	世帯の課税状況	上記世帯状況で1に○をした方は下記 <input type="checkbox"/> のいずれかに「レ」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 課税世帯・・・(月額) 2,052円 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px;">世帯状況で1に○をした方は該当するどちらかに✓</span> <input type="checkbox"/> 非課税世帯・・・(月額) 1,026円		
備考				

上記に記入した申請内容に誤りがないことを誓います。

また、私及び私と同一の世帯に属する者は、申請内容について、高齢者見守り支援事業利用の決定があった後も、本市が保有する公簿等により確認することに同意します。

年 月 日

利用者の署名をお願いします。

利用者氏名 \_\_\_\_\_

事業調査票・誓約書もあわせてご提出ください

提出代行者	名称・氏名	該当に○→《家族(続柄/ )・介護支援専門員・市川市高齢者サポートセンター》		
	住所・電話 (自宅・勤務先)	〒	—	電話(昼間の連絡先) ( )

処理欄	※この欄は記入しないでください。			
	経費の負担	<input type="checkbox"/> 1,026円	<input type="checkbox"/> 2,052円	<input type="checkbox"/> 2,772円
		※利用者区分相違時 <input type="checkbox"/> TEL 済み		
	設置日	年 月 日	受付者( )	