様式第１号（第３条関係）

（表）

市川市高齢者健康入浴券交付申請書

年　　月　　日

市川市長

市川市高齢者健康入浴券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 住所地 | 市川市 | | |
| １月１日現在の住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 電話番号 | （　　　　　） | | |
| 世帯構成 | □ひとり暮らし高齢者（６５歳以上）  □高齢者世帯（世帯全員が６５歳以上）  □生活保護受給世帯  □その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | |
| 世帯の課税状況 | □課税世帯　□非課税世帯 | | |
| 生活保護受給の有無 | □有　□無 | 入浴設備の有無 | □有　□無 |

|  |
| --- |
| 職員確認欄　※この欄には記入しないで下さい。  □受付日　　　　年　　　月　　　日  □年齢　□住所　□世帯構成　□課税状況　□生活保護  □入浴設備確認日　　　　年　　　月　　　日  □交付年度（　　　　年度）　　　　　　担当（　　　　　　　　　） |

（裏）

表面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、健康入浴券の交付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。

申請者　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者と同一の世帯に属する者の氏名等について | | | | | | |
| １ | 氏　名 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） | |
|  | |
| １月１日  現在の住所 | |  | | | 続柄 |
| ２ | 氏　名 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） | |
|  | |
| １月１日  現在の住所 | |  | | | 続柄 |
| ３ | 氏　名 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） | |
|  | |
| １月１日  現在の住所 | |  | | | 続柄 |
| ４ | 氏　名 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） | |
|  | |
| １月１日  現在の住所 | |  | | | 続柄 |
| ５ | 氏　名 | フリガナ | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　歳） | |
|  | |
| １月１日  現在の住所 | |  | | | 続柄 |