様式第１号（第３条関係）

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。なお、申請者及び申請者と同じ住家に居住しているすべての者は、申請内容について、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。

<table>
<tr><td>申請者氏名</td><td colspan="3">フリガナ
</td></tr>
<tr><td>住所地</td><td colspan="3">市川市</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">同居者</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>世帯構成</td><td colspan="3">□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〔　　〕</td></tr>
<tr><td>世帯の課税状況</td><td colspan="3">□課税世帯　□非課税世帯</td></tr>
<tr><td>生活保護受給の有無</td><td>□有　□無</td><td>入浴設備の有無</td><td>□有　□無</td></tr>
</table>

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（　　）