

# 【記入例】

様式第1号（第4条関係）

## 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。

なお、利用者及び利用者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、また受託者、市川市消防局、市川市高齢者サポートセンターへ提供することを承諾します。

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歳以上の方または身体障害者手帳1・2級の方のみ 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) 1,232円 <input type="checkbox"/> 非課税世帯・・・(月額) 616円		
	備考			

該当するどちらかに○

世帯状況で1に○をした方は  
該当するどちらかに✓

### 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) ( )

担当課職員処理欄
経費の負担 <input type="checkbox"/> 616円 <input type="checkbox"/> 1,232円 <input type="checkbox"/> 2,772円 ※利用者区分相違時 <input type="checkbox"/> TEL 済み
<input type="checkbox"/> 事業調査票・誓約書が揃っている
<input type="checkbox"/> 住宅区分が“借家・賃貸”の場合、同意書が揃っている
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先に2人以上の記載がある

申請日 年 月 日 受付者 ( )