

市川市ひとり暮らし高齢者等火災警報器給付申請書

年 月 日

市川市長

下記のとおり、火災警報器の給付を申請します。

なお、資格審査のため、課税状況について、市川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 (世帯主)	住所	市川市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		(年齢)	(歳)
	固定電話	()	携帯電話	()
居住者 (申請者以外)	氏名	続柄	生年月日	備考
			年 月 日(歳)	
			年 月 日(歳)	
			年 月 日(歳)	
			年 月 日(歳)	
給付内容	煙式火災警報器（寝室・階段用）の給付を希望しますか？			はい・いいえ
	熱式火災警報器（台所用）の給付を希望しますか？			はい・いいえ
世帯状況	65歳未満の方と同居していますか？ (別世帯の方も含みます。)			はい・いいえ
	世帯の課税状況は？ (別世帯の方も含みます。)		課税世帯 ・ 非課税世帯	

裏面も必ずご記入ください。

担当課職員処理欄	
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯である（別世帯も含む）	<input type="checkbox"/> 65歳未満の同居者はいない（別世帯も含む）
<input type="checkbox"/> (再申請の場合は) 前回の給付決定日の翌日から5年が経過している（前回の申請： 年 月 日）	

設置にあたっては市の指定した業者が訪問し、ご自宅に立ち入って設置します。

日程調整をする際の連絡先について、該当する項目にチェックを入れてください。

連絡先が申請者以外の場合は、関係・住所・氏名・電話番号ご記入ください。

設置の連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者(固定電話) <input type="checkbox"/> 申請者(携帯電話) <input type="checkbox"/> 申請者以外(関係:)			
	住所			
	フリガナ		電話番号	()
	氏名			

給付資格の有無について、提出代行者に知らせることに同意する方は、チェックを入れて下さい。

提出代行者に給付資格の有無について知らせることに同意します。

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)	()

申請日 年 月 日 受付者 ()