

町田市在宅高齢者生活支援事業利用申請書

年 月 日

町 田 市 長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

続柄 ()

留意事項に同意し、下記事業の利用を申請します。

対象者	住 所	町田市		
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		及び年齢	() 歳
	電 話		被保険者番号	
<p>(留意事項)</p> <p>市担当者が公簿等により市民税の課税状況又は介護保険料の賦課状況を確認します。 ※この情報の利用にあたっては個人情報保護の目的を尊重し、下記事業の利用者負担額の決定以外の目的には、一切利用いたしません。</p>				
サービス事業名 (<input type="checkbox"/> にレ点を記入)		<input type="checkbox"/> 救急通報システム事業 <input type="checkbox"/> 火災予防機器等給付事業 <input type="checkbox"/> 寝具乾燥消毒事業		

以下は記入しないでください。

受付年月日	対象者区分	受付支援センター	備考
	自立・介保該当・特定疾病外		