仙北市高齢者世帯等除雪支援事業利用申請書

年　　月　　日

仙北市長　　様

申請者　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、仙北市高齢者世帯等除雪支援事業の利用を申請します。

なお、事業の利用決定のため私が属する世帯状況や課税状況等の必要な事項について、調査及び第三者・関係機関に照会することに同意します。

申告	□生活保護世帯ではありません。 □親族等による支援がありません。（支援には費用の支援も含みます。） （上記について正しければ□に✔を記入してください。）							
世帯員（同居者）の状況	利用者氏名	続柄	生年月日	年齢	身体障害者手帳等	介護度	在宅有無（○印）	備考
		主			□職員確認欄 級	□職員確認欄	在宅・入院中・施設入所 その他（　　）	
					□職員確認欄 級	□職員確認欄	在宅・入院中・施設入所 その他（　　）	
					□職員確認欄 級	□職員確認欄	在宅・入院中・施設入所 その他（　　）	
					□職員確認欄 級	□職員確認欄	在宅・入院中・施設入所 その他（　　）	
					□職員確認欄 級	□職員確認欄	在宅・入院中・施設入所 その他（　　）	

※職員確認欄（申請者記載不要）

【第三者による意見確認欄】

□第三者への意見照会

（確認年月日：　　年　月　日、確認の相手方：　　確認方法：　　）

（内容）

□医師の診断書

□その他