別　記

第1号様式（第５条）

高齢者緊急通報装置設置等サービス事業申請書

年　　月　　日

　　　（あて先）印西市長

住　所

申　請　者　氏　名

電　話　（　　）

　　下記のとおり高齢者緊急通報装置設置等サービスを利用したいので、申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | | |  | | | | | | | | | | | 電話 | | | （　　） | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　 月　 日 | | | | | | | 性別 | | | 男・女 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  |  | |  | |  |
| 生　活　保　護　受　給　の　有　無 | | | | | | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | |
| 課税状況確認同意 | 利用申請にあたり、住民基本台帳、市町村民税の課税状況、生活保護受給の有無等について確認されることに同意します。  また、緊急通報装置設置の決定を受けたとき、利用中は、毎年６月に課税状況について確認されることにも同意します。  ※太枠をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　　　名 | | | | | | | | | | | 続柄 | | 職業 | | | | 市町村民税 | | | | | 確認者印 | |
| 対象者 |  | | | | | | | | | | 本人 | |  | | | | 課税・非課税 | | | | |  | |
| 同居者 |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | 課税・非課税 | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | 課税・非課税 | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | |  | | | | 課税・非課税 | | | | |  | |
| 協力員 | 協力員１  氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力員２  氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 協力員３  氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設置希望機種 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 住所 | | |  | | | | | | | | | | | 電話 | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | 続柄 | | | |  | | | 備考 | | |  | | | | | | |

　添付書類　印西市に住所のない人については市町村民税の状況がわかる書類