

年 月 日

狛江市長 宛て

申請者(給付を受ける方)

フリガナ

氏名

住所

生年 昭和

月日 大正

年

月

日

連絡先

(この申請に係る文書の送付先及び連絡先となる方)

申請者に同じ

フリガナ

氏名

続柄

住所

連絡先

狛江市高齢者居宅内ごみ出しサポート事業(第1号事業)給付申請書

狛江市高齢者居宅内ごみ出しサポート事業実施要綱第2条第1号に規定する事業(居宅内に堆積したごみの片付け等に係る費用の給付)による給付を受けたいので、同要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

世帯の状況	氏名	性別	続柄	要介護度	課税区分	(市記載欄)
				未認定 自立 要支援 要介護 ()	非・課	認知自立度 ()
	(心身の状況等)					
						障害自立度 ()
世帯の状況	氏名	性別	続柄	要介護度	課税区分	(市記載欄)
				未認定 自立 要支援 要介護 ()	非・課	認知自立度 ()
	(心身の状況等)					
						障害自立度 ()

- ※1 別途給付額の内容が分かる書類、居宅内の写真を添付すること。
- ※2 狛江市廃棄物の再利用の促進及び処理に関する条例に規定する廃棄物処理手数料(ごみ袋の料金・粗大ごみ手数料)は助成の対象となりません。

給付申請額 円

私は、本申請に際し、以下の事項に同意します。

1. 市長が介護認定申請に係る主治の医師の意見又は指定する医師若しくは当該職員で医師である者の診断の結果を確認すること。
2. 必要に応じて、市長が住民基本台帳及び課税台帳の情報等を公簿等により確認すること。
3. 市長が本申請に係る情報を地域包括支援センターその他申請者の支援に関わる機関等へ提供すること。

申請者署名