

様式第1(第5条関係)

福祉電話 貸与 訪問 申請書

安城市長

太線の枠内のみ記入してください。

		申請日		年	月	日
申請者 (貸与又は訪問を受ける者)	住所		電話			
	安城市 町		-			
承諾事項	氏名(主に生計の中心となる方) (フリガナ)		生年月日 明治・大正・昭和			
			年 月 日			
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						
私は、安城市長が福祉電話の貸与・訪問の事務処理をするために必要な私と私の家族の所得税に関する賦課徴収資料及び介護情報の調査をすることを承諾します。						
あてはまる項目の□欄にレ印を付けてください。						
資格要件	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 重度身体障害者(部位;体幹・下肢・ 等級; 級)					
事業種類	貸与	<input type="checkbox"/> 一般用電話				
	訪問	<input type="checkbox"/> 福祉電話訪問 ※安城市高齢者給食サービス事業を週3回以上利用している方は、原則電話訪問を受けることができません。				
訪問日	_____ 曜日 (電話訪問は必須です。火曜日から金曜日までのいずれかの曜日を選択してください。)					
口座番号	銀行・信金・農協	店	普通・当座	番号		
健康状態						
連絡先1	氏名(フリガナ)	電話	続柄			
連絡先2	氏名(フリガナ)	電話	続柄			
民生委員	No:	氏名:				

(市記入欄)

※決裁欄							福祉電話の貸与・訪問を決定・却下してよろしいか。	
台帳番号		個人コード		生計中心者の前年所得税				
				課税 ・ 非課税				
課長	主幹	係長	専門主査	担当	確認欄			
					通知書発送		台帳入力	
					名簿入力			