

様式第1（第3条関係）

高齢者等日常生活用具給付申請書

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	住 所	電話番号			
	安城市				
	ふりがな 氏 名	受給者 との続柄			

受 給 者	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ。 住 所 電話番号 安城市				
	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ。 ふりがな 氏 名	生年月日	年	月	日 ( 歳)
給 付 用 具	該当する□にチェックしてください。				
	<input type="checkbox"/> 高齢者用杖				
	支給要件	<input type="checkbox"/> 歩行に支障のある者			
	<input type="checkbox"/> 住宅用火災警報器				
	支給要件	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者(認定者)			
設置場所	<input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 階段(寝室が2階以上にある場合のみ申請可能)				