

福祉電話貸与 申請書
電話訪問

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 安城市 町		電話 —	
	氏名 (フリガナ) (※) ※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		生年月日 年 月 日	
承諾事項	私は、安城市長が福祉電話の貸与・電話訪問の決定の審査をするために必要な私と私が属する世帯に属する者の所得税に関する申告等資料及び資格要件の調査をすることを承諾します。			
該当する項目の□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"/> 福祉電話		
	訪問	<input type="checkbox"/> 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	水 ・ 木 曜日 (いずれかの曜日を選択してください。)			
口座	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・電話訪問を決定・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