

高齢者布団乾燥機給付申請書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり布団乾燥機の給付を受けたいので申請します。なお、この給付を受けるに当たり所得確認が必要な場合は、担当職員が課税台帳を閲覧することを承諾します。

利用者	氏 名	フリガナ			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住 所	摂津市 電話番号 ()			
	要介護度	要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	生計中心者	※生計中心者に ○印を記入してください。
給付を希望する理由					

生計中心者の 市町村民税の所得割額	円	所得階層	階層
		利用者負担額	円

上記について、布団乾燥機を給付してよろしいか。

決定番号	決裁日	課 長	課長代理	係 長	係 員
—					

審 査	公 印