

# 高齢者火災予防機器給付助成申請書

立川市長 殿

申請者及び申請者の属する世帯の住民基本台帳、所得状況等を公簿等により確認することに同意のうえ、高齢者火災予防機器の給付を申請します。

年 月 日 対象者署名 印  
(親族署名または押印で代用可)

ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
対象者氏名			<input type="checkbox"/> 女	月日	.	.	日生 歳)
住所	立川市 町 丁目						
電話番号	( )		FAX・携帯	( )			
同居 している 親族の 状況	氏名	ふりがな		続柄	年齢		
⇒65歳未満の同居者がいる場合は「家族の勤務状況届」を添付してください							
機器種目	<input type="checkbox"/> 自動消火装置 <input type="checkbox"/> 電磁調理器						
住居	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 (借家の場合は、家屋所有者の承諾書が必要です)						
ケアマネジャー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	事業所名						
	担当者名				電話番号		
添付した書類に ○をつけてください	見積書 / カタログ (写しでも可) / 家族の勤務状況届 (同居者がいる場合) 家屋所有者の承諾書 (自己所有家屋以外の場合)						

上記利用対象者以外への連絡を希望する場合はご記入ください

申請内容の問い合わせ先 (下記・ケアマネ)  決定通知書の送付先 (下記・ケアマネ)  
(氏名) (続柄) (電話番号)  
(住所)

..... 以下は記入しないでください .....

包括等受付印	課税状況 (個人・世帯・非・生保・中・転入・未) 1割負担 (あり・なし)						市・受付印
	世帯状況 (独居・のみ・日中独居・その他)						
	過去の給付 (なし・あり → 平成 年度に 自・電)						
	包括等	上記申請について ( 決定・却下 ) する					
	担当者	起案	.	.	担当	係長	
	決定	.	.				
	施行	.	.				