

高齢者自立支援日常生活用具給付事業自己負担金減額認定申請書

年 月 日

立 川 市 長 殿

住所	
氏名	本人との関係
電話	

申請者と家族の所得の状況等を公簿により確認することに同意の上、
高齢者自立支援日常生活用具給付事業自己負担金の減額を申請します。

ふ り が な 申請者氏名		☐ 男 ☐ 女	生年 月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ・ ・ 日生 歳
申請者住所	立川市 町 丁目			
	電話 042 ()			
同居者 の状況	氏名	年齢	続柄	昼間の連絡先（住所・電話番号）
理由	☐ 生活保護の被保護者 ☐ その他			