

年 月 日

足利市長 宛て

住所：  
申請者 氏名：  
(機器利用者家族) 続柄：  
電話番号：

足利市認知症高齢者等見守り支援事業を利用したいので、関係書類を添えて申請します。

機 器 利 用 者	フリガナ	性別	生年月日							
	氏名	男・女	年 月 日生( 歳)							
	住所 ( <input type="checkbox"/> 介護保険施設等に入所、入居していません)	電話番号								
	申請理由 (見守りが必要な状況について(該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> ))									
	<input type="checkbox"/> 医師から認知症の診断を受けている。(診断を受けた医療機関名： )									
	<input type="checkbox"/> 過去に、外出し自宅に戻れなくなったことがある。									
	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障をきたす程の物忘れがある。									
	<input type="checkbox"/> その他( )									
機 器 等 に つ い て	機器等名称									
	初期費用にかかる金額	円								
振 込 先 口 座	金融機関名	支店名	種目	口座番号						
	銀行	本店	1.普通預金							
	信用金庫	支店	2.当座預金							
	農協	出張所	フリガナ							
	金融機関コード	店舗コード	口座名義人							
	記号			番号						
	ゆうちょ銀行	フリガナ								
		口座名義人								

他の事業で補助金等は受けていません。 申請者 \_\_\_\_\_

申請内容を審査するため、機器利用者の市税等の納付状況及び介護保険認定情報を市が確認することに同意します。

機器利用者 \_\_\_\_\_

提出代行者	事業所名・氏名	電話番号
-------	---------	------

別記様式第1号（第5条関係）

市 確 認 欄	申請者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 同居人
	添付書類（写し可） <input type="checkbox"/> 領収書（宛名が申請者であるものに限る）・契約書
	助成履歴等 助成履歴（なし・あり） 他事業での助成金等の受け取り（なし・あり）
	機器利用対象者の居住について <input type="checkbox"/> 在宅で生活している（介護保険施設等に入所、入居していない）
	機器利用対象者滞納状況 市税（なし・あり） 介護保険料（なし・あり） 滞納状況確認日：
助成額 _____ 円	

※親族とは、①6親等内の血族（おじおば・甥姪：3親等、いとこ：4親等）②配偶者  
③3親等内の姻族