

様式第 1 号（第 5 条関係）

在宅高齢者等家具転倒防止支援事業申請書

年 月 日

常 滑 市 長 殿

申請者 氏 名
住 所
電 話

次のとおり、在宅高齢者等家具転倒防止支援事業を申請します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
対象者住所			
電話番号		要介護・障がいの 状況	
世帯員の状況	氏 名	続柄	生年月日 要介護・障がいの状況
固定する器具等の設置箇所数			

市記入欄

市民税の状況	課 税 ・ 非課税	決定区分	決定・却下
調査年月日	年 月 日	調査員氏名	