

社会福祉法人恵庭市社会福祉協議会高齢者等除雪サービス事業申請書

年 月 日

恵庭市社会福祉協議会 会長 様

申請者 住 所：〒061-

恵庭市

町内会名： 町内会（未加入）

氏 名： 印

電話番号：

除雪サービスを受けたいので申請します。審査にあたり、本人及び世帯の構成員全員の住民基本台帳の閲覧、市民税課税台帳の閲覧、生活保護受給認定の調査を行うことに同意します。また、決定を受けたときはすみやかに負担金を支払います。

※ 代理人記入欄（記入者が申請者本人以外の場合にご記入ください）

代理人氏名		関係		電話番号	
住 所	〒				
意思確認欄	年 月 日		さんの意思を確認し、記載しました。		

※ 緊急連絡先（おひとり暮らしの方などは、何かあった際の連絡先をご記入ください）

連絡先氏名		関係		電話番号	
住 所	〒				

1 世帯の構成・住居の確認（申請者本人を含め、お住まいの住居で暮らしている方全員分をご記入ください）

氏名（ふりがな）	性別	続柄	生年月日	年齢	障害手帳の有無	介護認定	備考 (身体状態等)
①		申請者 本人			なし あり： 級 (種別:)	なし 要支援： 要介護：	
②					なし あり： 級 (種別:)	なし 要支援： 要介護：	
③					なし あり： 級 (種別:)	なし 要支援： 要介護：	

該当箇所に○をつけてください。 車庫： なし ・ あり 自家用車： なし ・ あり

裏面に続きます。

