

様式第1(第6条関係)

稲沢市高齢者等外出支援サービス事業利用申請書

令和    年    月    日

稲沢市長    様

申請者    住    所

氏    名

電話番号

下記のとおり、高齢者等外出支援サービス事業の利用を申請します。

記

|                  |                                                      |         |        |
|------------------|------------------------------------------------------|---------|--------|
| フリガナ<br>利用者氏名    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                      | 年    度  | R      |
| 利用者住所            | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                      |         |        |
| 生    年    月    日 | 大正<br>・            年            月            日<br>昭和 | 要介護度    |        |
| 介護保険<br>被保険者番号   |                                                      | 認定年月    | 年    月 |
| 備考<br>(市管理欄)     | 交付番号                                                 |         |        |
|                  | 交付方法（    窓口交付    ・    郵送    ）                        | 交付日     |        |
|                  | 受取人氏名                                                | 利用者との関係 |        |

備考    用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。