

習志野市長 宛て

習志野市認知症高齢者位置探索システム月額利用料助成金交付申請書

次のとおり、習志野市認知症高齢者位置探索システム月額利用料助成金の交付を申請します。

申請者	住 所							
	氏 名							
	電話番号							
	認知症高齢者との続柄				同居の有無	有・無		
認知症高齢者	ふりがな氏名							
	生年月日	) 年 月 日生 ( 歳						
	住 所	習志野市						
	要介護認定状況	要介護 ( ) ・ 要支援 ( ) ・ 事業対象者 ・ 認定なし						
	認知症状特記事項							
交付請求額		利用契約に伴う月額利用料の9割(2,000円を超える場合は、2,000円) 4月分 _____ 円      5月分 _____ 円 6月分 _____ 円      7月分 _____ 円 8月分 _____ 円      9月分 _____ 円 10月分 _____ 円      11月分 _____ 円 12月分 _____ 円      1月分 _____ 円 2月分 _____ 円      3月分 _____ 円						
振込先	金融機関名	本店 支店						
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
	口座名義(カタカナ)							
添付書類	1 利用契約に係る書類(契約書等)の写し(習志野市認知症高齢者位置探索システム購入費等助成金の交付の決定を受けた方は、添付を省略することができます。) 2 月額利用料の支払いを証する書類の(領収証等)写し							