

## 高齢者等軽度生活援助事業利用申請書

年 月 日

砺波市社会福祉事務所長 あて

砺波市高齢者等軽度生活援助事業を利用したいので、次のとおり申請します。  
併せて、市民税課税状況等について、市税務担当係に調査を求めることに同意します。※

申請者 住所 砺波市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

ふりがな		世帯状況	・高齢者のみ世帯 ・その他
利用者の氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日
住所	砺波市	要介護度	
電話番号	( )	*生活保護	該当・非該当
希望する理由			
家族構成	氏名	続柄	連絡先・勤務先等
緊急時の連絡先	自宅以外の連絡先	氏名	続柄 電話番号
	かかりつけの医療機関 病院名 _____ (週・月に _____ 回) 1 通院している 2 往診を受けている 3 訪問看護を受けている 4 通院していない		
希望事業	①家の周りの手入れ、清掃等 ②寝具の日干し、大きなクリーニング物の搬出入 ③家具の配置換え、窓拭き、大掃除 ④電球交換や日曜大工程度の修理 ⑤簡単な除雪作業		

※市民税課税状況等については、毎年調査することについて同意を得たものとする。