

様

電話番号

糸魚川市ひとり歩き見守り機器購入費等補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請し、及び実績報告をします。

なお、この申請に当たり、市が市税等の納入状況を確認すること、及び地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の関係者と対象高齢者の介護状況やひとり歩きの状況等について、聞取りや情報提供を行うことに同意します。

対象高齢者等	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 糸魚川市	
	介護認定	☐ 認定なし ☐ 認定あり ☐ 申請中	
	医師診断	医療機関名： 主治医名： 診断を受けた時期： 年 月 診断名：	
交付申請額 (実績報告額)	機器の購入日又は契約日	年 月 日	
	【購入の場合】購入費	<u> </u> 円	} 対象経費の合計 <u> </u> 円
	【契約の場合】初期費用	<u> </u> 円	
	初回使用料又は借用料	<u> </u> 円	
補助金額 <u> </u> 円 （対象経費の 1/2 の額（100 円未満切捨て）） ※上限 2 万円（2 回目以降は、上限 5 千円）			

振込先	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	普通 当座 その他	口座番号						
	ふりがな									
	口座名義人									

- ・領収書その他支払を証明する書類の写し
- ・契約書その他見守り機器の賃借等契約の内容が確認できる書類の写し（該当する場合に限る。）