

対 象 者 氏 名	
生 年 月 日	明 大 昭 年 月 日 （ 歳）
住 所	糸魚川市 電話 （ ）
備 考	(該当に○) 要介護高齢者 ・ ひとり暮らし高齢者 希望する月 （ 7月 ・ 11月 ）

令和 年 月 日

申請者氏名

申請者連絡先

(対象者との続柄：)

糸魚川市長 様

----- 福祉事務所・事務所の処理欄 -----

世帯区分	決定区分	受付日	決定日	備考
1 要介護	1 承認			
2 ひとり暮らし (7月・11月)	2 不承認			