

高齢者痰等吸引器給付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

仙 台 市 長

住 所 仙台市 〇〇 区 〇〇〇〇

申請者 氏 名 仙台 太郎 印

電話番号 ( 〇〇〇 ) ××××

対象者との関係 本人 / その他 ( 夫 )

生計中心者 本人 / その他 ( 夫 )

※申請者本人が自署した場合、または下記調査に同意しない場合は押印の必要はありません。

次のとおり痰等吸引器を利用したいので、下記のとおり申請いたします。

また、認定にあたっては、要件確認のため必要に応じて、申請者の属する世帯員の住民票情報及び生計中心者の当年度の市民税情報について仙台市が調査することに、

同意します。→以下の添付書類のうち、①、②が省略できます。

同意しません。→以下の添付書類を提出してください。

<添付書類>

- ① 生計中心者の当年度市県民税額 (4~6月は前年度) を証明する書類 ② 世帯員全員の住民票 ③ 生活保護被保護世帯は生活保護証明書 ④ 支援給付受給者は支援給付本人確認証の写し

Form with fields for applicant name (仙台 花子), gender (女), birth date (明・大・昭 〇年 〇月 〇日 / 〇〇歳), address (仙台市〇〇区〇〇〇〇), telephone number (〇〇〇-××××), household status (一人暮らし・高齢世帯), reason for application (自力で痰を排出することが困難なため。また、肺炎が再発することを防止するため。), and contact information (事業者名/〇〇地域包括支援センター TEL/〇〇〇-×××× 担当者名/〇〇〇).

【仙台市処理欄】

Table with columns for receipt status (收受), decision date (決裁年月日), official title (課長, 係長, 担当), public seal confirmation (公印承認), applicant type (生計中心者), municipal tax amount (市県民税額), and tier (階層).