

高齢者痰等吸引器給付申請書

年 月 日

仙 台 市 長

住 所 仙台市 区

申請者

氏 名 印

電話番号 ( )

対象者との関係 本人 / その他 ( )

生計中心者 本人 / その他 ( )

※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

Table with columns for applicant name, gender, birth date, address, telephone number, household status, and reasons for application.

【仙台市処理欄】

Table for processing details including recipient status, decision date, and official stamps/signatures.