

年 月 日

高齢者福祉電話貸与申込書

（宛先）小金井市長

申込者

住 所 \_\_\_\_\_

（利用者との関係 \_\_\_\_\_）

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

私は、小金井市高齢者福祉電話設置事業運営要綱第3条第1号の規定により、下記のとおり高齢者福祉電話の貸与を申し込みます。なお、この申込みに際し、内容の確認が必要なときは、市長が課税台帳及び公簿等により確認することに同意します。また、小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し、必要があるときは、市長が地域包括支援センター等の関係機関に情報の提供をすることに同意します。

記

利 用 者	氏 名	フリガナ _____	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)
	住 所	小金井市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 アパート名等 _____		
緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	住所・電話	
			電話	
			電話	
地域包括支援センター : <input type="checkbox"/> きた <input type="checkbox"/> ひがし <input type="checkbox"/> みなみ <input type="checkbox"/> にし				

※ この届出は、電子計算組織に登録されます。

※市記入欄 \_\_\_\_\_ 年 月 日 確認

住 基	市民税課税状況
	年度 非課税・課税