

鶴岡市長様

〒

申請者（使用する本人）住所

フリガナ
氏名

生年月日 大・昭 年 月 日（ 歳）

電話番号（ ）

転ばない生活支援事業補助金交付申請書

鶴岡市転ばない生活支援事業を実施したいので、鶴岡市転ばない生活支援事業補助金交付要綱第8項の規定により関係書類を添付して申請します。市が行う申請の審査にあたり、交付対象者の介護保険料等の納付状況や他制度の利用状況について、確認することに同意します。

使用する場所	鶴岡市	持ち家・借家等
介護保険証被保険者番号	0 0 0	基本チェックリスト運動機能 / 5
生活場所 (当てはまる方に○をつけてください)	・在宅で生活している ・その他（ ） ※医療機関に入院中や施設に入所中の場合は、対象になりません。	
設置または購入する福祉用具等の内容	1 手すり（玄関・廊下・階段・便所・洗面所・浴室・その他： ） 2 シルバーカー（SGマークのあるもの） 3 多点杖	
施工又は販売業者	総費用額	円
	補助申請額	円
身体障害者 (肢体不自由)	なし・4級以下 / 3級・2級・1級 ※手すり・多点杖の場合、障害福祉制度で該当する方は対象になりません。	当事業の利用歴 利用歴なし/ 手すり/多点杖/ シルバーカー
振込先口座 (申請者本人のもの)	銀行名	支店名
	金融機関コード： 口座番号	支店コード： 口座名義人（カタカナで記入）

<連絡（送付）先が申請者と異なる場合>

連絡(送付)先 氏名 電話番号（ ）

住所〒 続柄

経由者 (業者/包括/課)	所属：	氏名：
------------------	-----	-----

※以下、市記入欄

領収書等確認	生活保護	介護保険料	過去の利用歴	施工・購入金額	給付決定額
	該当 / 非該当	滞納 有 / 無	年 月 日 品目：	円	円