

年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄()
電話番号

高齢者外出支援事業利用登録申請書

嘉手納町高齢者外出支援事業実施規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

対 象 者	住 所	嘉手納町字		電話
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生(歳)		
	要介護状態	要支援() 要介護() その他()		
	寝たきり度	ランク A B C その他()		
	認 知 症 度	ランク IIa IIb IIIa IIIb IV M その他()		
主たる介護者	氏 名	対象者との続柄 ()		
	住 所	電話		
送迎先の区分	1 通院加療又は検査目的の医療機関 2 町内の公共施設			
送 迎 先 の 名 称 等	名 称			
	所 在 地			
事 業 を 希 望 す る 理 由				

※嘉手納町高齢者外出支援事業利用要件の該当性等を審査するため、嘉手納町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の関係機関等に求めることに同意します。

※同意しない場合には対象者の世帯全員が非課税であることが分かる証明書及び住民票謄本を添付してください。

対象者氏名：_____

代筆者氏名：_____ 対象者との続柄(_____)