

(様式1)

決 裁	課長	課長補佐	主査	係長	主任	係

令和5年度 村山市高齢者等除雪スタッフ派遣事業利用登録申請書

※太枠内を記入してください。

世帯番号 ー

村山市長 あて

年 月 日

私の世帯は、下記のとおり当該事業の対象に該当するので、関係書類を添えて申請します。
また、支給または却下の決定に必要な関係書類を村山市福祉課長が閲覧することに同意します。

申請者	氏名		男 ・ 女	生年 月日	明治・大正・昭和 (年齢 歳)	年 月 日
	住所	村山市 (電話番号 ー)				
世帯状況	同居世帯員の氏名	性別	年齢	続柄	障がいがあるときの障がい名	
対象要件	・ 私の世帯は、次の記載に該当します。(該当する番号に○印をつけてください。) 1. 65歳以上の者のみの世帯 2. 重度障がい者のみの世帯 3. 重度障がい者と65歳以上の者のみの世帯 4. その他 () ※ 重度障がい者：身体障がい者手帳1・2級、精神保健福祉手帳1級、療育手帳Aの所持者					

【担当】 村山市福祉課 地域福祉係 (電話：0237-55-2111内線141・142)

上記のとおり登録する。

令和 年 月 日

村山市福祉課長