

船橋市高齢者日常生活用具（自動消火装置）給付申請書

令和 年 月 日

船 橋 市 長 あて

日常生活用具（自動消火装置）の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

1. 種類 **自動消火装置**
2. 申請者（給付を受けようとする者）

住 所	船橋市
ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 （ 歳）
電 話 番 号	
申 請 理 由	
住 居 の 状 況	1. 持ち家 2. 借家（借家の場合、所有者の承諾書が必要です。）

3. 世帯員（同居している方）の状況

氏 名	続柄	年齢	備考

次の内容に同意される場合、にチェックを入れてください。

本申請にあたり、要件確認のために必要に応じて、住民基本台帳及び世帯課税台帳等を確認することについて、同意します。

< 提出者（申請者本人以外が提出する場合のみ記入） >

提出者	住 所			
	氏 名			
	電話番号		申請者との関係	

< 希望連絡先及び決定通知等の送付先 >

連絡先： 1. 申請者 2. 提出者 3. その他  
送付先： 1. 申請者 2. 提出者 3. その他

(3. その他の場合)	住所	
	氏名	続柄
	電話番号	

窓口確認欄	<input type="checkbox"/> 対象者が65歳以上である
	<input type="checkbox"/> 対象者が在宅のひとり暮らし、または高齢者のみで生活している
	<input type="checkbox"/> 1世帯1台及び1住宅1台の給付であることを承諾している
	<input type="checkbox"/> 税情報の確認が可能（※確認出来ない場合は非課税証明書等を添付）
<input type="checkbox"/> 個人情報に関する同意欄に✓が記入されている	

令和 年 月 日

船橋市長 あて

日常生活用具（自動消火装置）の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

- 1. 種類 **自動消火装置**
- 2. 申請者（給付を受けようとする者）

住所	船橋市〇〇〇—〇〇
ふりがな	ふなばし たろう
氏名	船橋 太郎
生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日（ 〇〇 歳）
電話番号	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
申請理由	火の消し忘れが増えており、火災の不安があるため。
住居の状況	1. 持ち家 2. 借家（借家の場合、所有者の承諾書が必要です。）

- 3. 世帯員（同居している方）の状況

同居の方がいる場合はご記入ください。 ひとり暮らしの方は記入不要です。	年	番号に〇をしてください。 借家の方は別途 承諾書が必要です
--	---	----------------------------------

次の内容にご確認のうえ、してください。

本申請について、住民基本台帳及び世帯課税台帳等を確認することについて、同意します。

<提出者（申請者本人以外が提出する場合のみ記入）>

提出者	申請者と提出者が異なる場合のみ ご記入ください。	番号に〇をつけてください。 3に〇をつけた場合は、希望の住所・ 氏名・電話番号・続柄をご記入ください。
-----	-----------------------------	---

<希望連絡先及び決定通知等の送付先>

- 連絡先： ① 申請者 2. 提出者 3. その他
- 送付先： ① 申請者 2. 提出者 3. その他

(3. その他の場合)	住所	続柄
	氏名	
	電話番号	

窓口	ここは窓口記入欄のため 記入しないでください。
----	----------------------------