

年 月 日

（宛先）高松市長

高齢者日常生活用具給付申請書

次のとおり日常生活用具の給付について申請します。なお、対象者の要件の確認に当たり、所得の状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されることに同意します。

申請者 (対象者)	住 所	高松市 町
	氏 名	Ⓜ
	生年月日	年 月 日 (歳)
	電話番号	—
日常生活用具	1 火災警報器 2 自動消火器 3 電磁調理器 ※ 給付を希望するものを○で囲んでください。	

証 明 書	
上記の者は、65歳以上の在宅でのひとり暮らしで、心身機能の低下により防火等の配慮が必要と認められる者である。	
1 民生委員	2 地域包括支援センター職員
3 老人介護支援センター職員	4 保健師
5 介護支援専門員	
証明者 _____ (_____) Ⓜ ※ 証明者は、職名を○印で囲み、署名押印してください。	