

高齢者痰等吸引器購入費支給申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

下記のとおり、必要書類を添えて、痰等吸引器購入費の支給を申請します。

なお、本申請に基づく支給決定の実施にあたり、市が指定事業者へ必要な範囲の個人情報(氏名、住所、電話番号等)を提供することに同意します。

また、痰等吸引器購入費支給事業における公費負担額の請求手続及び受領について、指定事業者に委任します。

申請者 (住所)

(氏名)

※自署もしくは記名押印

(対象者との続柄)

(電話番号)

対象者	住所	〒 _____ 区 仙台市 _____ 区		
	世帯状況	氏名	生年月日	対象者との続柄
		(対象者)	大・昭 年 月 日	本人
※同居する世帯員全員を記入してください。 ※世帯の生計中心者の方の氏名横に「○」を付けてください。				
電話番号				
申請理由				
経由機関	事業者名/	TEL/	担当者名/	

(裏面もご記入ください)

購入を予定している痰等吸引器について	
機種・型式等	()
指定事業者	()
支給決定した場合の支給券送付先	
<input type="checkbox"/> 対象者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他 ()	

添付書類省略に係る同意欄
<p>支給決定及び支給額の算出のため、仙台市が対象者の属する世帯員の住民票情報、所得額及び課税状況について、調査することに</p> <p><input type="checkbox"/> 同意します … 下記添付書類の①②の添付が不要になります。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意しません … 下記添付書類の①②を添付してください。</p>

【添付書類】

- ① 対象者の属する世帯員全員の、当年度の市県民税の課税・非課税状況および所得額が確認できる証明書（4～6月申請時は前年度）
- ② 対象者の属する世帯員全員の住民票
- ③ 本市指定の業者が作成した痰等吸引器の見積書
- ④ 生活保護被保護世帯の場合、生活保護証明書
- ⑤ 支援給付受給者の場合、支援給付本人確認証の写し

【仙台市処理欄】

収 受	別紙のとおり支給決定・却下してよろしいか伺います。	課 長	係 長	担 当	公印承認
	起案年月日 年 月 日 決裁年月日 年 月 日				
生計中心者		市県民税課税年額			階層