

高齢者痰等吸引器購入費支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(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) 仙台市 〇〇区 〇〇〇〇

(氏名) 仙台 太郎 ※自署もしくは記名押印

(対象者との続柄) 夫

(電話番号) 〇〇〇—〇〇〇〇

対象者	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 仙台市 〇〇 区〇〇〇〇		
	世帯状況	氏名	生年月日	対象者との続柄
		(対象者) 仙台 花子	大(昭) 〇年〇月〇日	本人
		仙台 一郎		長男
※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	〇〇〇—〇〇〇〇			
申請理由				
自力で痰を排出することが困難なため。また、肺炎が再発することを防止するため。				
経由機関	事業者名/〇〇地域包括支援センター TEL/ 〇〇〇—×××× 担当者名/ 〇〇〇			

(裏面もご記入ください)

