

<記載例>

整理番号

上富良野町臨時福祉生活支援事業申請書

令和 3 年 12 月 00 日

上富良野町長 様

令和3年度上富良野町臨時福祉生活支援事業について、次のとおり下記事項に誓約・同意のうえ申請します。

※赤枠内をご記入ください。

申(世帯主)	住所	(〒 071 - 0500) 上富良野町 ○○線北○○号	電話番号	45-0123 090-0000-0000
	ふりがな氏名	福祉 太郎 (印鑑) 印	生年月日	明・大・昭・平 ○ 年 月 日
代理人	住所	(〒 071 - 0500) 上富良野町 ○町○丁目○番○号	電話番号	45-0456
	ふりがな氏名	○○ ○○○ (印鑑) 印	申請者との関係	子、ケアマネージャーなど
		上記の者を代理人と認め、上富良野町臨時福祉生活支援事業について(申請・受給)を委任します。		申請者(世帯主) 福祉 太郎 (印鑑) 印
同居世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢
	福祉 太郎	世帯主	明・大・昭・平・令 ○ 年 月 日	65 才
	福祉 花子	妻	明・大・昭・平・令 ○ 年 月 日	64 才
			明・大・昭・平・令 年 月 日	才
			明・大・昭・平・令 年 月 日	才
			明・大・昭・平・令 年 月 日	才

【誓約・同意する事項】
 臨時福祉生活支援事業の支給決定のための審査に必要な、私の世帯の家族構成、課税状況、個人情報に係る調査、上富良野町町税等の滞納者に対する行政サービス制限措置等に関する条例第7条に規定する納税状況確認について同意します。
 虚偽の申請により商品券の支給を受けた時、その商品券を不正に使用した時は、商品券の返還について同意します。

申請者は以下に記入する必要はありません。

				交付番号	
住民登録 (有・無)	施設入所 (有・無)	3ヶ月以上入院 (有・無)	町税等滞納 (有・無)		
世帯の種類	① 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上の1人世帯 <input type="checkbox"/> 65歳以上の2人以上世帯	② 障がい者世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者1人世帯 <input type="checkbox"/> その他障がい者世帯	③ ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 親と子1人世帯 <input type="checkbox"/> 親と子2人以上世帯		
世帯合計収入額					
審査結果					
<input type="checkbox"/> 交付支給決定 (令和 年 月 日付け、決定通知) <input type="checkbox"/> 交付却下 - 却下理由 - 1 町税等の滞納がある 2 世帯合計収入額が基準額を超えている 3 その他 ()					