

小金井市ひと声訪問事業利用申込書

（宛先）小金井市長

※ 申込者と世帯主が異なる場合のみ記入してください。

申込者 住 所 町 丁目 番 号
 氏 名
 電 話
 利用者との関係

ひと声訪問事業を利用したいので、小金井市ひと声訪問事業運営要綱第4条第1項の規定により下記のとおり申し込みます。

なお、下記の事項について確認が必要なときは、市の課税台帳及び公簿等により確認を行うことに同意します。また、小金井市高齢者見守り支援台帳に登載し、見守り支援が必要なときに関係機関に情報を提供することに同意します。

記

1 利用者

フリガナ		生年 月日	年 月 日 () 歳
世帯主名			
住 所	小金井市 町 丁目 番 号 アパート名等 電話		
同居人氏名	(続柄)	生年 月日	年 月 日 () 歳
健康状態、病歴等	配達を希望する品目に○をしてください。 1 白牛乳 2 コーヒー牛乳		

2 緊急時の連絡先（親族・親しい近所の方等）

氏 名	続柄	連 絡 先 住 所	電 話

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。

※市記入欄 年 月 日 確認

住 基	市民税課税状況
	年度 非課税・課税

