

別記様式第 1 号（第 8 条関係）

今治市高齢者等ICT見守りサービス導入支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）今治市長

今治市高齢者等ICT見守りサービス導入支援事業助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

交付の決定があった場合は、助成申請額を請求いたします。

申 請 者	住 所			電話番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	対象者 との 続 柄				
対 象 者	住 所			電話番号	
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
同意・誓約事項 （同意・誓約したら□にチェックをつけてください）		☐ 申請者は対象者の親族であり、対象者の同意を得て申請しています。 ※申請者が対象者本人ではない場合にチェック			
		☐ 市が対象者の住民基本台帳について調査することに同意します。			
		☐ 市が対象者及び申請者の市税の納付状況について調査することに同意します。			
		☐ 65歳以上の高齢者のみの世帯であって、寝たきりの高齢者が1人以上おり、かつ、寝たきりの高齢者以外の高齢者が1人以下である世帯の構成員の場合、対象者及びその世帯の構成員の要介護度を調査することに同意します。 ※該当する場合のみチェック			
		☐ 対象者が身体障がい者のみの世帯の構成員の場合、対象者及びその世帯の構成員の身体障害者手帳の交付状況を調査することに同意します。 ※該当する場合のみチェック			
		☐ 助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。			

購入日	年 月 日
契約日	年 月 日
サービス 開始日	年 月 日
対象経費	ア 円（税込） ※導入費用及び初月利用料
助成限度額	イ 30,000円
助成申請額	円（アとイのいずれか低い額）

以下の口座に振り込んでください。（申請者名義の口座を記入してください。）

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店 支所 出張所
口座名義人	フリガナ	
預金種別 普通 当座	口座番号	

以下には記入しないでください。

担当課職員処理欄	
☐ 対象者は本市に住民票を有している。 ※以下のいずれかにチェック ☐ 65歳以上のひとり暮らしの高齢者である。 ☐ 65歳以上の高齢者のみの世帯であって、寝たきりの高齢者が1人以上おり、かつ、寝たきりの高齢者以外の高齢者が1人以下である世帯の構成員である。 ☐ 身体障害者手帳の交付を受けている身体障がい者のみの世帯の構成員である。 ☐ 前3号に掲げる者のほか、心身の状況、世帯の状況その他の事情を勘案し、前3号に掲げる者と同程度に見守りの必要性があると市長が認める者である。 受付職員（ ）	
納税課処理欄	
上記の者より助成金交付申請があったので、申請者及び対象者の納税状況調査をお願いします。 年 月 日 福祉政策課長 納税状況（どちらかに○） 【申請者】 滞納なし ・ 滞納あり ・ 該当なし 【対象者】 滞納なし ・ 滞納あり 納税状況は上記のとおりです。 年 月 日 納税課長 ㊟	