

受付

様式第1号（第5条関係）

五城目町高齢者世帯等除雪支援事業利用申請書

令和 年 月 日

五城目町長 荒川 滋 様

住 所 五城目町 _____

申請者 氏 名 _____

電 話 _____

五城目町高齢者世帯等除雪支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

1. 世帯構成

続柄	氏 名	生年月日	年 齢	備 考
世帯主				

2. 申請理由（該当する番号に○を付けてください。）

自力による除雪が困難で、除雪を依頼できる親族等がいなく、

1. 65歳以上の高齢者のみで構成される世帯。
2. 介護認定を受けている者のみで構成される世帯。
3. 身体障害者手帳または精神保健福祉手帳の交付を受けている者で、かつ1級若しくは2級に区分される者のみで構成される世帯。
4. 上記1～3に該当する者で構成される世帯。
5. その他（理由を詳しく）

