

年 (年) 月 日

豐 中 市 長

申込者 氏 名 _____ 続柄 (_____)
住 所 _____
電 話 _____

豊中市身寄りのない高齢者支援事業補助金の交付を受けるため、次のすべての事項を承諾し、申込みます。

1. 申込書に記載の情報については、事業者を提供することに同意します。
2. 申込み後、利用にあたって市からのヒアリングを受けることに同意します。
3. 補助金の交付決定後、事業者からの面談を受けることに同意します。
4. 前事項に定めるもののほか、事業者が定める利用規約等を遵守します。

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
氏名					
住所	〒 豊中市				
電話番号①		電話番号② (任意)			

☐ 親族や後見人等がいないため緊急連絡先を登録できない

☐ 親族や後見人等はあるが、やむを得ない理由により緊急連絡先を登録できない
(理由:)

☐ その他 ()

☐ 一般社団法人ひとサポ

☐ 株式会社つむぎシニアライフサポート

※希望するサービス事業者に☑をつけてください

第一希望日		第二希望日		第三希望日	
-------	--	-------	--	-------	--