

年 月 日

胎内市要援護世帯雪下ろし助成事業申請書

(あて先)胎内市長

住 所

氏 名



胎内市要援護世帯雪下ろし助成事業実施要綱に基づき、申請します。

対 象 者	住 所	胎内市				
	氏 名				性 別	男・女
	生年月日	年 月 日			電話番号	—
家 族 状 況	氏 名	続柄	生年月日	年齢	心 身 の 状 況	
					身体障害者手帳1・2級 療育手帳A・精神障害者1級 要介護度()	
					身体障害者手帳1・2級 療育手帳A・精神障害者1級 要介護度()	
					身体障害者手帳1・2級 療育手帳A・精神障害者1級 要介護度()	
					身体障害者手帳1・2級 療育手帳A・精神障害者1級 要介護度()	