

高齢者等投票支援登録申込書					
筑西市長				様	令和 ●年 ●月 ●日
投票支援助成券の交付に係る登録を受けたいので、筑西市高齢者等投票支援助成金交付要項第5条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。					
また、当該登録及び助成券の交付に当たり、助成対象者であることの審査に必要な事項について市が調査等を行うことに同意します。					
申込者 (世帯主)	フリガナ	チクセイ タロウ	生年月日	昭和20年 5月 5日 76歳	
	氏名	筑西 太郎 印	電話番号	自宅：0296-24-2178 携帯：090-1111-1111	
	住所	〒308-8616 筑西市丙360番地			
居住状況		<input checked="" type="checkbox"/> 住所地に居住 <input type="checkbox"/> 住所地以外に居住（居所：筑西市）			
世帯員	氏名	筑西 花子	生年月日	昭和23年 6月 6日 73歳	
	氏名		生年月日	年 月 日 歳	
	氏名		生年月日	年 月 日 歳	
介助等を行う者		氏名	電話番号		
		住所	※介助等を行う者が同乗する場合は、記入してください。		
申込みの理由 (注1)		<input checked="" type="checkbox"/> 満70歳以上 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳を保有 <input type="checkbox"/> 療育手帳を保有 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費を受給 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金を受給 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳を保有 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳を保有 <input type="checkbox"/> 障害年金を受給 <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証を自主返納			
個人情報の取扱いに関する同意事項		次の項目に同意する場合は、同意欄にレ印を記入してください。		同意欄	
		申込者の個人情報の確認を行うことに同意する。		<input checked="" type="checkbox"/>	
		取扱事業者に提供することに同意する。		<input checked="" type="checkbox"/>	

(注1) 全世帯員が該当する項目全てにレ印を記入してください。

(注2) 申込書には、裏面の該当する申込みの理由を確認できる書類を必ず添付してください。

申込みの理由を確認できる書類を必ず添付してください。

添付書類 (注1) (注2)	<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号カード、運転免許証、健康保険証その他世帯員の情報、生年月日等を確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳の写し <input type="checkbox"/> 療育手帳の写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> 障害年金の受給を確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 特別障害給付金の受給を確認することができる書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許の取消通知書又は運転経歴証明書の写し <input type="checkbox"/> その他
投票区及び投票所の名称	第 投票区 ()
備 考	

以下の欄には、記入しないでください。

市処理欄				
専 決 欄				