

エアコン設置サポート事業申請書兼同意書

年 月 日

社会福祉法人 熊本市社会福祉協議会会長 様

下記のとおりエアコンの設置事業に申請します。

該当する箇所には○をつけてください。

ふりがな			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
		年齢	歳
現住所	〒 - 熊本市 区		
電話番号	() -		
障がい、病名など	障がい(身体、知的、精神 級)、病名()、その他()		
エアコンの有無	無・有(台、使用期間:約 年)		
設置予定箇所	木造 ・ 鉄筋 ・ コンセントの有・無 配管穴の有・無 設置予定場所の写真を添付ください		
生活保護の受給	生活保護受給 あり・なし 生活保護受給中の方は必ずケースワーカーに事前に連絡をしてください		
申請理由			

※申請いただいた個人情報は、本事業にのみ使用させていただきます。

申請にあたっては次のことに厳守します。□に☑をお願いします

- 本来の目的以外の使用はしません
- 設置時期やメーカーの希望、その他、選考に係る問い合わせはしません
- 住所がわかる書類および設置予定場所の写真を添付します
(例:運転免許証などの身分証明証の写し、住民票、障害者手帳の写し、生活保護証明書など)
- 申請時の情報に偽りがある場合は、申請自体を無効にすることがあります
- 生活保護受給中の方は、保護課へ個人情報の利用について同意します
- 現地を確認し、設置が難しい場合、お断りをする場合があります

※事務処理欄

受付印

部長	課長	係長	係