

年 月 日

小松島市長 様

申請者 住 所 小松島市小松島町1番1号  
氏 名 小松島 太郎  
電 話 0885-32-2111

## 小松島市認知症家族等支援GPS機器導入補助金交付申請書兼請求書

小松島市認知症家族等支援GPS機器導入補助金交付要綱第5条の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、この申請書に記載した内容の他、私の市税及び介護保険料の納付状況について、市が確認することに同意します。なお、補助金の交付決定を受けた場合は、下記の口座に振り込みを希望します。

## 1. 見守り対象者(GPS 機器所持者)

氏名: 小松島 一郎

申請者との関係: 父

住所: 小松島市小松島町1番1号

生年月日: 昭和 10 年 4 月 1 日

見守り対象者の状況を調査するため、次のいずれかを記入してください。

## ①担当ケアマネージャー

事業所: 居宅介護支援事業所こまつしま 氏名: 横須 花子 電話番号: 0885-32-0000

## ②認知症について小松島市地域包括支援センターに相談した日

年 月 日

## 2. 補助申請額 金 10,000 円 (上限 10,000 円)

## 3. 添付書類

補助対象経費に係る領収書等の写し(申請日前3か月以内に支払われたものに限る。)

補助対象経費の内訳を確認できる書類の写し

## 《口座情報》

振込先金融機関名	小松島銀行	支店名	横須支店
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他( )		
口座番号	1234567		
(フリガナ)	コマツシマ タロウ		
口座名義人	小松島 太郎		