

マッサージ等施術助成券交付申請書

年 月 日

相模原市長 あて

次のとおり留意事項に同意し、マッサージ等施術助成券の交付を申請します。

※ 太枠内を記入してください。

対(利 象用 者)	住所	〒 相模原市 緑・中央・南 区	電 話	()
	ふりがな		生 年 月 日	明治 年 月 日生 大正 昭和 (歳)
	氏名			
窓(対 口象 に者 来本 た人 略)	住所		電 話	()
	ふりがな		対 象 者 と の 関 係	
	氏名		<input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他 ()	
*前年度マッサージ等助成券の交付を受けた方にお聞きします。				
①助成券を利用し施術を受けたことで、健康維持に役立ったと思いますか。				
1. 非常に役に立った 2. 役に立った 3. あまり変わらなかった 4. 助成券は利用しなかった				
②助成券を利用したことで、外出機会は増えましたか。				
1. 非常に増えた 2. 増えた 3. あまり変わらなかった 4. 助成券は利用しなかった				

<留意事項1>交付対象者について

* 交付対象者は、市内に住所を有し、かつ、現に居住する高齢者のうち、75歳以上80歳未満の世帯の所得要件（市民税非課税世帯又は均等割のみ課税世帯）を満たす方、または80歳以上（所得要件なし）の方です。

<留意事項2>75～79歳の方について

* マッサージ等施術助成券の交付申請に伴い、審査決定をするため、対象者及びその世帯に属する世帯員の市民税に関する課税状況を確認します。

* 対象者及びその属する世帯員が1月1日現在市外に在住していた場合は、非課税証明書又は課税証明書の提出が必要です。

要綱第6条の規定に基づき、次のとおり決定してよろしいか。

課長/所長	総括(主幹・副主幹)	副主幹・主査	担当	合議	起案日	.	.
					決裁日	.	.
					施行日	.	.
決 定 区 分	□ 交 付	枚 数	枚	確認者			
		80歳以上	□ A ()	□在宅	□ 所得要件なし		
	75歳以上	□ B ()	□ 均等割のみ課税世帯 □ 非課税世帯				
	□ 不交付	□ 所得割課税世帯 () □ その他 ()					

住民番号	入力	受付	郵・窓	交付	郵・窓
------	----	----	-----	----	-----