

様式第1号

大泉町高齢者世帯冷房器具購入費補助事業認定申請書

年 月 日

大泉町長 様

住所

申請者 氏名

電話番号

大泉町高齢者世帯冷房器具購入費補助金の認定を受けたいので、申請いたします。

記

冷房器具名	
購入予定金額	円
補助金額	円
購入予定年月日	年 月 日
設置予定年月日	年 月 日
関係職員が私及び私の世帯に係る住民基本台帳、課税台帳、町税及び介護保険料の納付状況等の対象要件の確認に必要な事項を閲覧することに同意します。	