

様式第1号（第4条関係）

市貝町高齢者用手押し車購入費助成申請書

年 月 日

市 貝 町 長 様

住 所 市貝町大字

氏 名 (対象者との続柄) (印)

下記により、高齢者用手押し車購入費の助成を受けたいので申請します。

対象者	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	市貝町大字	電話番号	
購入予定場所				
助 成 額	5,000円(但し、購入価格が5,000円に満たない場合は、当該購入価格)			