様式第１号（第５条関係）

大空町血圧計購入費助成事業事前届出書

年　　　月　　　日

　大空町長　様

申請者

住　　所

氏　　名

生年月日　　　　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号

　大空町血圧計購入費助成事業による助成を受けたいので、大空町血圧計購入費助成金交付要綱第５条の規定により下記のとおり届出します。

　なお、届出に際し、私及び同一世帯に属する者の町税等の納付状況を確認することに同意いたします。

記

　１　購入予定血圧計

２　購 入 予 定 店

　３　確　認　事　項

　　（１）これまでに本事業により助成金を受けたことがありますか。

　　　　【　はい　・　いいえ　】※「はい」の方は助成の対象になりません。

　　（２）本届出後、速やかに血圧計を購入し血圧測定を開始していただけますか。

　　　　【　はい　・　いいえ　】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。

　　（３）血圧を測定し町に記録を提出していただける方はどなたですか。

　　　　【　申請者　・　同一世帯の家族（続柄：　　　　　）　】

　　（４）血圧測定の記録方法はお決まりですか。

　　　　【　電子データ（スマートフォンアプリ・スマートウォッチ・パソコン）

紙データ（血圧手帳・その他（　　　　　　）　】

※血圧測定記録を提出いただけない場合は助成の対象になりません。

　　（５）血圧記録を提出できない場合は、助成金の請求ができないことに同意いただ

けますか。

　　　　【　はい　・　いいえ　】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。

　　（６）助成金受け取り後に町保健師・栄養士等が状況確認などの問い合わせをする

ことに同意いただけますか。

　　　　【　はい　・　いいえ　】※「いいえ」の方は助成の対象になりません。