

様式第1号（第8条関係）

申請日 年 月 日

美濃加茂市長（氏名）宛

（申請者） 住所
 氏名
 対象者との続柄
 電話番号

美濃加茂市要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成金交付申請書

助成金の交付を受けたいので、美濃加茂市要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等購入費助成金交付要綱第8条の規定により、以下のとおり申請します。なお、私は助成金の交付決定のため、市が住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承諾します。

対象者	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所			電話番号		
世帯員の状況	氏名	対象者との続柄	生年月日		年度課税状況	
			年 月 日		課税区分	生保受給
			年 月 日		課税・非課税	有・無
			年 月 日		課税・非課税	有・無
			年 月 日		課税・非課税	有・無
助成金の交付を希望する種目等	種目	<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター一発電機	<input type="checkbox"/> ポータブル蓄電池	<input type="checkbox"/> DC/AC インバーター（カーインバーター）		
	用品名	(メーカー・製品名・型番等) <input type="checkbox"/> 見積書に記載された用品と同じ ※カタログ・チラシの写し等、製品の概要が分かる資料を添付すること				
購入を希望する業者	名称等	<input type="checkbox"/> 見積書に記載された業者と同じ				
該当区分	1 身体障害者手帳（呼吸器機能障害）の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	2 医師が作成した非常用電源装置等使用証明書			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
使用中の医療機器	<input type="checkbox"/> 人口呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> サクション （吸入器） （電気式たん吸引器） <input type="checkbox"/> その他（ ）					