様式第1号（第5条関係）

　　　　　年　　　月　　　日

山県市長　様

住　所

氏　名

対象者との続柄

電話番号

山県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事業交付申請書

山県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事業実施要綱に基づく助成を受けたいので、第５条第１項の規定により、以下のとおり申請します。なお、市が審査のため、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要電源重度障がい児者 | 氏　名 | |  | | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 住　所 | | 〒　　　－  岐阜県山県市  連絡先：　　　（　　　　） | | | | | 課税区分等 | | □　課税　　　□　非課税  □　生活保護等 | | | |
| 障がい  区分 | | □　身体障害者手帳（呼吸器機能障害）所持者　　※手帳の写しを要する  □　非常用電源装置等の使用を医師が証明する者　※様式第3号を要する | | | | | | | | | | |
| 療養の  状況 | | * 在宅　　□　入所中　　□　入院中   ※在宅以外の場合、施設の名称　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 個別避難計画等 | | * 個別避難計画 * 個別避難計画に代わるもの　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 使用中の  医療機器 | | □　人工呼吸器　　□　酸素濃縮装置　　□　ネブライザー（吸入器）  □　サクション（電気式たん吸引器）　　□　持続注入ポンプ（栄養）  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 世帯員の状況 | 氏　名 | | | | 続　柄 | 生 年 月 日 | | | | | | 課税区分等 | |
|  | | | |  | 年 　 月 　日 | | | | | | 課税・非課税 | 生　活  保護等  □ 有  □ 無 |
|  | | | |  | 年 月　 日 | | | | | | 課税・非課税 |
|  | | | |  | 年 月 日 | | | | | | 課税・非課税 |
|  | | | |  | 年 月 日 | | | | | | 課税・非課税 |
|  | | | |  | 年 月 日 | | | | | | 課税・非課税 |
| 申請する非常用電源装置等 | | 種　類 | | □正弦波インバーター発電機 | | | □ポータブル蓄電池 | | | | □ＤＣ/ＡＣインバーター（カーインバーター） | | |
| 見積額 | | （メーカー・製品名・型番等）  　　　　　　　　　円  ※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 | | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 代理受領（販売業者に助成金の請求及び受領を委任）の有無 | | | | | | | | | □　有　・　□　無 | | | | |