

様式第1号（第5条関係）

申請日 年 月 日

大野町長 様

(申請者) 住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

大野町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

大野町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5条第1項の規定により、以下のとおり申請します。なお、私は、大野町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の交付決定のため、町が住民登録資料、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				
	該当区分	1 身体障害者手帳（呼吸器機能障害）の有無	□有（ 級） □無			
		2 医師が作成した非常用電源装置等使用証明書	□有 □無			
	使用中の医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入器） <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> 持続注入ポンプ（栄養） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
個別避難計画の作成状況		□策定済み				
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	年度課税状況		
			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□			
助成金の交付を希望する種目	<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター発電機					
	<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）					
購入希望業者	名称					
	所在地					
	電話番号		FAX 番号			