

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
(対象者からの続柄 )

糸魚川市在宅介護応援ほ一む事業補助金交付申請書

下記のとおり関係書類（工事の種類ごとの内訳が明らかな工事費用額見積書・施工予定箇所の写真及び図面等）を添えて、補助金の交付を申請します。

対 象 者	ふりがな		生年月日	年齢
	氏 名		年 月 日	歳
	住 所	糸魚川市		
	状 況	1 介護度 ( ) 2 身体障害者手帳 級 3 療育手帳A 4 上記の1から3までに該当しない65歳以上の高齢者		

工 事 計 画	工事の概要			
	工事の種類	1 現在の身体等の状況のみに対応した工事 2 将来予想される身体等の状況に対応したものを含む工事		
	工事が必要な理由			
	予定工事期間	日間	施工予定者名	
	予定対象工事費	円	補助申請額	円
	この補助金と同時に利用する他の補助等の有無 → 有 ・ 無 「有」の場合には、その制度の名称と給付（補助）対象工事予定額 制度の名称 給付（補助）対象工事予定額 ・ 介護保険法に基づく住宅改修 対象額 円 ・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援 するための法律に基づく日常生活用具給付事業 対象額 円 ・ 糸魚川市高齢者及び障害者向け住宅整備補助事業 対象額 円 ・ 上記以外（制度名→ ) 対象額 円			

そ の 他	住宅の状況	所有者名 申請者からの続柄 ( )	構造	造 階建て
	工事施工の承諾	*住宅の所有者が申請者でない場合は、必ず記入してください。 私は、この住宅工事の施工を承諾いたします。 住宅所有者 住所 氏名（署名又は記名押印）		

補助金は、下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 組合・金 庫 農協 漁協連合会	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
			普通 当座						
	ふりがな								
	口座名義人								

■ 同意事項

- 私は、本事業の申請に必要な事項として、私及び対象者の市税収納状況、介護保険料収納状況、固定資産税課税台帳、住民基本台帳及び他の補助制度の利用状況について、福祉事務所の担当職員が確認することに同意します。
- 私は、本事業の申請に必要な事項として、対象者の状況について、介護保険制度の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ福祉事務所の担当職員が確認することに同意します。
- 私は、工事完了前に対象者が施設入所、転出等をするとき又は補助事業を中止しようとするときは、工事を中断し、速やかに届け出るとともに、補助金交付の決定が取り消されることに同意します。なお、工事完了前に対象者に不慮の事故（死亡を含む。）があった場合も、工事を中断し、速やかに届け出るとともに、補助金の全部又は一部が減額されることがあることに同意します。
- 私は、本事業に伴い、課税当局が調査をすることに対し、福祉事務所の担当職員が協力することに同意します。

■ 誓約事項

- 私又は私が代表を務める団体等の役員は、糸魚川市補助金等交付規則第4条第3項に規定する暴力団員等ではありません。
- 対象者は、表面の住所地に現在居住しています。
- 私は、対象者本人又は同一世帯員若しくは親族の者です。
- 私は、糸魚川市在宅介護応援ほ一む事業補助金交付要綱の規程を承知したうえで申請しています。

私は、糸魚川市在宅介護応援ほ一む事業補助金交付要綱の規程を承知し、上記に同意及び誓約した上で申請します。

\*市記入欄

※申請者は、記入しないでください。

工事費	円	決定額(A)	円	算式(A)×1/3 査定補助金				円
収納状況等				所長	次長	係長	係	
対象者の状況	1 介護度 2 身体障害者手帳 級 3 療育手帳 程度 4 1から3までに該当しない 65 歳以上の高齢者							