

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り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	構造	造 階建て
		申請者からの続柄 ()		
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） (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定を承知し、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 又は 2/3 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							