

(様式1)

札幌市障がい者等災害対策用品購入費助成金助成申請書

地区	No.
----	-----

(宛先) 札幌市長

記載例

令和 元年 ● 月 ●● 日

申請者

住 所 札幌市中央区北1条西2丁目1-1-301

氏 名 札幌 花子



個人番号 020406080012

(対象者との続柄 妻 )

電話番号 011-211-2936 FAX 011-218-5181

注) 札幌市の決定通知を受けてから購入した用品が助成の対象となります。市の決定通知前に購入した用品については、助成の対象となりませんのでご注意ください。

下記のとおり、札幌市障がい者等災害対策用品購入費助成金の助成について申請します。また、札幌市障がい者等災害対策用品購入費助成金の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾するとともに、決定内容について事業者(様式2の見積書作成者)へ通知することに同意します。

記

対象者	ふりがな	さっぼろ いちろう		男	明治・大正	昭和	平成・令和	
	氏名	札幌 一郎		女	45年10月1日生			
	個人番号	103050709010						
	住 所	中央区北1条西2丁目1-1-301			電話	211 - 2936		
助成を希望する 種目・用品名	種目	<input type="checkbox"/> 正弦波インバーター 発電機	<input checked="" type="checkbox"/> ポータブル電源 (蓄電池)	<input type="checkbox"/> カーインバーター				
	用品名	ホンダ ハンディータイプ蓄電機 LiB-AID E500 ※カタログ・チラシの写(コピー)等、製品の概要がわかる資料を添付すること						
購入を希望する 事業者 (販売店)	名称	株式会社北海道防災用品製造販売						
	所在地	中央区大通西〇丁目〇番地防災ビル1階						
	電話番号	011-〇〇〇-〇〇〇〇						
身体障害者手帳 の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	手帳番号	札幌西 第〇〇〇〇〇号	交付年月日	平成 6年 2月 1日				
	障害の区分	呼吸器機能障害			障害等級			3級
	障害名	肺気腫による家庭内での日常生活活動が著しく制限される呼吸器機能障害						
道助成の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅難病患者等酸素濃縮器使用助成認定証又は決定通知書等の写し							
使用中の 医療機器 (呼吸器機能に 関する機器)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input checked="" type="checkbox"/> 酸素濃縮器	<input type="checkbox"/> ネブライザー (吸入器)	<input type="checkbox"/> サクション (電動式たん吸引器)				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
助成金の 受領方法	<input type="checkbox"/> 償還払い		<input checked="" type="checkbox"/> 事業者(販売店)へ受領委任					

※ 該当する欄の□に☑を入れること

【備考】 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

※ 裏面も必ずご確認ください。所得区分や課税状況・課税額に係る申告欄があります。

