

様式第1号 (第6条関係)

高齢者等住まいの安全確保対策支援パッケージ事業補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

美馬市長 様

(世帯主)

住 所 美馬市

氏 名

電話番号

※昼間に連絡可能な電話番号を記載してください。

美馬市家具固定等推進事業補助金交付要綱第6条第1項、美馬市感震ブレーカー設置推進事業補助金交付要綱第6条第1項及び美馬市住宅用火災警報器設置推進事業補助金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて、補助金の交付を申請し、及び請求します。

1 申請者等の情報

氏 名	世帯主との続柄	生年月日
	本人	年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

2 世帯区分 該当する世帯区分の□に「✓」を付けてください。

<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	65歳以上の者のみで構成されている世帯
<input type="checkbox"/> 障がい者世帯	身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳を所持する者のみで構成されている世帯
<input type="checkbox"/> その他対象世帯	65歳以上の者及び上記手帳を所持する者で構成される世帯

3

家屋の種類 (該当区分に☑)	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 (一戸建て、アパート、マンション等) <input type="checkbox"/> 市営住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
家主の承諾 (持ち家の場合は、 不要です。)	この申請による、各器具の設置を承諾します。 年 月 日 所有者等 住 所 氏 名 ⑩

(裏面あり)

4 補助対象経費の内訳（該当区分に☑）

<input type="checkbox"/> 家具固定等推進事業補助金			金 額	
家具転倒防止器具等	数量	取付け対象家具等	円	
・		・		
・		・		
取付け工賃			円	
家具固定等推進事業補助金 合計			① 円	
<input type="checkbox"/> 感震ブレーカー設置推進事業補助金			金 額	
<input type="checkbox"/> 分電盤タイプ（ <input type="checkbox"/> 内蔵型 <input type="checkbox"/> 後付型）			円	
<input type="checkbox"/> コンセントタイプ				
<input type="checkbox"/> 簡易タイプ（ <input type="checkbox"/> おもり式 <input type="checkbox"/> バネ式 <input type="checkbox"/> その他）				
取付け工賃			円	
感震ブレーカー設置推進事業補助金 合計			② 円	
<input type="checkbox"/> 住宅用火災警報器設置推進事業補助金			金 額	
設置個数計	個（寝室	個・階段	個）	円
<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 連動型				
取付け工賃			円	
住宅用火災警報器設置推進事業補助金 合計			③ 円	

5 補助金申請額 ① _____ 円（危機管理課）

②+③ _____ 円（予防課）

6 添付書類

- (1) 住民基本台帳及び市税等の納入状況に関する調査承諾書（様式第2号）
- (2) 上記4に掲げる経費の支払を証する領収書の原本
- (3) 各器具の取付け後の写真
- (4) その他市長が必要と認める書類

7 振込先

金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※申請者本人の名義に限ります。

※通帳等の写しを添付してください。

※以下の太枠内は、記入しないでください。

処 理	受付番号		受付日	
	担当者確認欄	予防課	危機管理課	