

第1号様式（第5条関係）

障害者用介護者運転自動車改造等助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

住 所
氏 名
障害者との続柄
電話番号

次のとおり障害者用介護者運転自動車改造等助成金の交付を申請します。

障害者の氏名		生年月日		年 月 日	
住 所		個人番号			
		電話番号			
障害者の状況	身体状況	<input type="checkbox"/> 車椅子がなければ移動が困難な状態 <input type="checkbox"/> 寝台（ストレッチャー）でなければ移動が困難な状態 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	身体障害者手帳	障害等級 種 級（障害名 ）			
	サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 介護手当受給			
介護者の運転免許証番号					
改造した理由					
改造の種類		<input type="checkbox"/> 現に所有する自動車を改造 <input type="checkbox"/> 改造自動車を購入			
改造した自動車		車 種		登録番号	
		改造した部位			
改造完了日又は購入年月日		年 月 日	過去の改造費助成の有無	有 ・ 無	
申 請 額		円			

家 族 の 状 況	主介護者	氏 名	障害者との続柄	生 年 月 日	備 考
				・ ・	
				・ ・	
				・ ・	
				・ ・	

*主介護者欄には、主として介護をしている方に○を付けてください。

振 込 先	銀行 信用金庫 組合		支店・支所名	
			預金種目	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

*申請者（介護者）名義の口座を記入してください。

<p>障害者用介護者運転自動車改造等助成金の交付の決定の審査のため、 課の職員が障害者の障害状況及び障害者並びに障害者と同一の世帯に属する配偶者及び扶養義務者全員に係る課税関係書類を確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>
--

※ 本市が保有する情報で確認できない場合は、障害者の状況が分かる書類を添付してください。

（上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約）

- (1) 自動車の改造により暴力団に対し利益を供与することはありません。
- (2) (1)に反する場合は、この申請を却下され、助成金の交付の決定を取り消され、又は交付を受けた助成金を返還することを承諾します。

上記について誓約します。（にレ点を記入してください。）