

第1号様式（第5条関係）

身体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

身体障害者との続柄

電 話 番 号

次のとおり身体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。

身体障害者の氏名			生 年 月 日	年 月 日
住 所			個 人 番 号	
			電 話 番 号	
身体障害者の状況	身 体 状 況	☐ 車椅子がなければ移動が困難な状態 ☐ 寝台（ストレッチャー）でなければ移動が困難な状態 ☐ 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	☐ デイサービス ☐ 入浴サービス ☐ 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		☐ 現に所有する自動車を改造 ☐ 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	身体障害者との続柄	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 (申請者(介護者)名義)	金融機関名	銀行 信用金庫 組合						支 店 名	
	口 座 番 号							口 座 種 別	当座 普通
	(フリガナ) 口座名義人								

同意・誓約事項 (□にレ点を記入してください。)
☐ 助成金の交付決定の審査のため、福祉課の職員が私及び私の属する世帯の世帯員に係る次の公簿等を閲覧(確認)することに同意します。 (1) 住民基本台帳 (2) 身体障害者の障害状況 (3) 課税台帳 (4) 生活保護受給状況
(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) 助成金を暴力団の活動に使用しません。 (2) 助成金の交付の対象となる事業により暴力団に対し利益を供与することはありません。 (3) (1)又は(2)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。