

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

令和 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		上越市		電話番号	
				個人番号	
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			
改造等の内容		<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			
自動車の種類		<input type="checkbox"/> 軽自動車 <input type="checkbox"/> 普通自動車 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申請額		円			
申請の理由（具体的に記入してください。）					
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。

（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。）

# 所得額等調査承諾書及び個人番号告知

障害者用介護者運転自動車改造等助成金交付申請に係る令和 年分所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印)

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 上 越 市 長

※記載された個人情報は、障害者用介護者運転自動車改造等助成金に関する業務以外には使用しません。