

年 月 日

恵那市長 様

申請者  
住所 恵那市  
氏名  
対象者との続柄 ( )  
電話

恵那市人工呼吸器等非常用電源装置購入費助成金交付申請書

下記のとおり、恵那市人工呼吸器等非常用電源装置購入費の助成を申請します。  
なお、恵那市人工呼吸器等非常用電源装置購入費助成の決定のため、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します。

対象者	住所		生年月日	年 月 日生
	氏名		電話番号	
	該当区分	1 身体障害者手帳（呼吸器機能障がい）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		2 医師の診断書等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
使用中の医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素濃縮器 <input type="checkbox"/> ネブライザー（吸入器） <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
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 type="checkbox"/> ポータブル蓄電池 <input type="checkbox"/> DC/AC インバーター（カーインバーター）		
	用品名	（メーカー・製品名・型番等） <input type="checkbox"/> 見積書に記載された用品と同じ ※製品の詳細が確認できる資料を添付すること		
	費用総額	円	申請額	円
希望する業者	名称等	<input type="checkbox"/> 見積書に記載された業者と同じ		
助成金の受領方法	<input type="checkbox"/> 償還払い （申請者が助成を希望する用品を購入し、直接市に請求を行います） <input type="checkbox"/> 事業者への受領委任 （申請者に代わって事業者が市に請求を行います）			
該当する所得区分	1. 生活保護世帯 2. 非課税世帯 3. 課税世帯			