

様式第1号（第4条関係）

申請日 年 月 日

八百津町長 様

(申請者) 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号

八百津町要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等費支給申請書

八百津町要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等費の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、私は、八百津町要電源重度障がい児者災害時等非常用電源装置等の支給決定のため、町が私（対象者）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、又は閲覧することを承諾します。

記

対象者	住 所			生年月日	年 月 日生
	氏 名			電話番号	
世帯員の状況	氏 名		続 柄		生年月日
					年 月 日生
					年 月 日生
助成金の交付を希望する種目等	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 ※カタログ・チラシの写し等、製品の概要が分かる資料を添付すること			
購入を希望する業者	名称等	<input type="checkbox"/> 見積書に記載された業者と同じ			
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 <input type="checkbox"/> サクション (吸入器) (電気式たん吸引器) <input type="checkbox"/> その他 ()				
非常用電源装置等費の代理受領の希望の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				