

屋根雪下ろし助成金交付申請書

年 月 日

奈井江町長 様

次のとおり屋根雪下ろし助成交付金を、必要書類を添付の上、申請します。

なお、交付決定の審査に必要な私の世帯の課税及び税の納付状況、収入状況、家族状況、介護認定、審査判定結果、身体障害者認定、生活保護適用等の個人情報に関わる調査について、奈井江町が行うことを同意します。

記

申請者の状況	住所	〒 ー							
	氏名						印		
	生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別	男・女	電話	ー
	家族構成	1. 独居世帯    2. 高齢者世帯    3. 障がい者等世帯							
		同居者氏名	生 年 月 日				続 柄		
			明・大・昭	年	月	日			
			明・大・昭	年	月	日			
		明・大・昭	年	月	日				
		明・大・昭	年	月	日				

雪下ろし等の実施日	年 月 日	
作業を行った業者等		
作業に要した費用	1回目	円
	2回目	円
申請金額	1回目	円
	2回目	円
	※1回の雪下ろし作業につき、支払金額の2分の1以内 (1回の限度額 10,000円(千円未満切り捨て))	
金融機関名		
口座番号	(普通・当座)	
口座名義人	(ふりがな)	

添付書類

1. 屋根雪下ろし作業前及び作業後の写真(各1枚)
2. 屋根雪下ろし費用の領収書(写し)

※ 町記入欄	
課税状況等	1. 町民税非課税世帯 2. 町民税課税世帯
身障者認定	1. 1級 2. 2級 3. その他( 級)
介護認定結果等	1. 介護度( ) 2. その他(別添のとおり)
その他記載事項	

別添 高齢者で、日常生活動作に支障をきたしている者の状況

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

支障をきたしている理由

①身体的に医療を必要とする疾患

高血圧 ・ 心疾患 ・ 糖尿病 ・ がん ・ その他 ( )

②筋・骨格系疾患

整形 ・ 筋 ・ 外科的疾患 ・ その他 ( )

③神経系疾患

パーキンソン病 ・ その他 ( )

④精神疾患

うつ病 ・ 統合失調症 ・ 認知症 ・ その他 ( )

⑤その他

上記の理由から

- ・ 外出や移動動作が困難である
- ・ 疲労しやすく、体力がない
- ・ 歩行が不安定、また歩けない
- ・ 重い物を持ち上げたり、移動できない