

第1号様式（第6条関係）

京都市在宅人工呼吸器使用者等非常用電源装置購入支援事業補助金交付申請書

(宛先) 京都市長	令和 年 月 日
申請者の住所 〒 京都市 区	申請者の氏名 ※ 対象者が18歳未満の場合は保護者の氏名  (続柄: )

京都市在宅人工呼吸器使用者等非常用電源装置購入支援事業補助金の申請に当たり、本人及び世帯の住民登録、課税状況、生活保護受給状況等の個人情報京都市が確認することを承諾します。また、申請した内容について、人工呼吸器使用者の防災対策及び災害時支援のため、各区役所（支所）障害保健福祉課及び子どもはぐくみ室に提供することについて承諾します。

対象者	ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和	
	氏名			年 月 日	
	住所 電話番号	京都市 区 電話:			
補助を希望する 種目・用品	種目	<input type="checkbox"/> 正弦波 インバーター発電機	<input type="checkbox"/> ポータブル電源 (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	※見積書及びカタログを提出してください。		金額	円
購入を希望する 事業者(販売店)	名称				
補助金の 受取方法	<input type="checkbox"/> 申請者の口座へ振込 <input type="checkbox"/> 事業者(販売店)への代理請求及び受領委任				
人工呼吸器を 常時使用して いることを 確認する書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証の写し <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費受給者証の写し <input type="checkbox"/> 医師による証明・意見書(第2号様式) ※いずれかにチェックを入れ、必要書類を提出してください。				

対象者及び同一世帯に属する世帯員について、以下のとおり申告します。以下の者について、当該補助金の交付決定のために京都市が世帯状況や収入状況等に係る情報を確認することに同意します。

	氏名	生年月日	続柄	調査同意※
対象者		年 月 日	本人	<input type="checkbox"/>
世帯主		年 月 日		<input type="checkbox"/>
世帯員 (対象者以外)		年 月 日		<input type="checkbox"/>
		年 月 日		<input type="checkbox"/>
		年 月 日		<input type="checkbox"/>

※調査同意がない場合は、用品の購入に係る費用の1割負担となります。また、申請月の属する年度(申請月が4月から6月までの場合は前年度)分の課税状況を京都市において確認できない場合は、非課税証明書を提出した場合に限り自己負担額0円となります。