

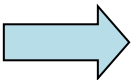
塩尻市高齢者及び心身障害者福祉事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 塩尻市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり令和 年度高齢者にやさしい住宅改良促進事業の補助金を交付されるよう
関係書類を添えて申請します。

補助金事業の目的 内容及びその効果		病気の症状等、現在の状況とどのような住宅改修を行い、それによりどのような生活環境の改善が図れるかを、記入して下さい。幅が足りない場合、裏面に書いてください。 例) ○○病のため、手足に痺れがあり歩行が困難である。各部屋との段差解消を行うことで転倒予防を図る。各所への手すりの設置により安定性も確保する。浴室内は床材変更により、転倒とヒートショックを予防する
補助金の交付を必要とする理由		
補助事業等の実施 期間	年	
交付を受けようとする補助金の額		
添付書類	1 事業計画書 5 平面図	

※以下については、個人で申請する

対象者氏名	生年月日	年	月	日生
私と世帯員の現年度（4月から6月までの申請の時は前年度）市民税等課税資料を、資格確認のため職員が閲覧することに同意します。（世帯員全員の氏名を記入してください。なお、氏名を自署する場合、押印を省略することができます。）				
対象者氏名	印	市民税所得割額	円	
世 帯 員	印	市民税所得割額	円	
世 帯 員	印	市民税所得割額	円	
世 帯 員	印	市民税所得割額	円	

市記入欄（以下記入しないでください）

審査事項	調査結果	市民税所得割額等 円
	確認欄	世帯全員の市民税の所得割が非課税であることを確認しました