

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  
(緊急通報装置レンタル料助成事業)

令和 年 月 日

(あて先) 塩尻市長

住 所 長野県塩尻市

申請者 氏 名

電話番号

次のとおり令和7年度緊急通報装置レンタル料助成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。なお、年度末の補助金算定にあたり、利用業者が塩尻市に自分の支払った利用料について納入証明書を提出することに同意します。

|                   |                                                                                                                                                                                                           |   |    |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|
| 補助金事業の目的、内容及びその効果 | 65歳以上で構成される高齢者世帯又は要介護者がいる世帯に、緊急通報装置の設置をすることで、緊急時の通報体制を整備する。                                                                                                                                               |   |    |
| 補助金の交付を必要とする理由    | 利用料が経済的負担となるため                                                                                                                                                                                            |   |    |
| 補助事業等の実施期間        | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで                                                                                                                                                                                   |   |    |
| 交付を受けようとする補助金の額   | レンタル料金の半額(上限2,000円)/月<br>設置・撤去費用の半額(上限6,000円)                                                                                                                                                             |   |    |
|                   | ～内 訳～<br>①申請地区 <input type="checkbox"/> 檜川地区<br><input type="checkbox"/> 檜川地区以外<br>②設置機器 <input type="checkbox"/> 固定電話<br><input type="checkbox"/> 固定電話以外<br>↑該当する箇所に <input checked="" type="checkbox"/> |   |    |
| 添付書類              |                                                                                                                                                                                                           |   |    |
| 緊急連絡先             | 住所                                                                                                                                                                                                        | 〒 |    |
|                   | 氏名                                                                                                                                                                                                        |   | 続柄 |
|                   | 電話番号                                                                                                                                                                                                      |   |    |

|                                                                                             |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 対象者氏名 ( )                                                                                   | 生年月日 ( ) |
| 私と世帯員の令和6年度市民税課税資料を、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                                                                                         | 印 所得税額 円 |
| 世帯員                                                                                         | 印 所得税額 円 |