様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

福井県知事　様　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（補助対象者との続柄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）

年度災害時在宅人工呼吸器電源確保事業補助金交付申請書

　災害時在宅人工呼吸器電源確保事業補助金について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　補助対象者 | 患者氏名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 指定難病または小児慢性特定疾病の受給者番号 | * 指定難病
* 小児慢性特定疾病
* 受給者証を持っていない
 |
| 受給者番　号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者手帳 | □有　　　　　　　級　　　　　　□ 無 |
| ２　購入物品 | 購入予定の装置等※該当のもの全てに☑をつけてください | □ 簡易自家発電装置□ 蓄電池□ 人工呼吸器装着用バッテリー（充電器・付属部品を含む） |
| ３　補助対象経費（所要額内訳書(a)） | 　　円 |
| ４　階層区分・補助率 | 市町村民税（所得割） |  |
| 階層区分(補助率) | □ 生保、低Ⅰ・Ⅱ(補助率10/10) □ 一般Ⅰ・Ⅱ(補助率9/10) □ 上位(補助率8/10) |
| ５　交付申請額（所要額内訳書(e)） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

**※裏面も御記入ください。**

６　添付書類　（添付した書類に☑をつけてください）

|  |
| --- |
| **申請者共通**□ 所要額内訳書［別添１］　　　　　　　□　申請調書（一部、医療機関による記載が必要です）［別添２］　　　□　見積書の写し（任意様式）□　災害時在宅人工呼吸器電源確保事業補助金に係る同意書［別添３］　　　□　債権債務者申請書［別添４］□　振込先の金融機関名、支店名、口座およびカタカナの口座名義が印字された「通帳表紙の見開きページ」の写し［別添５］**指定難病、小児慢性特定疾病の医療費受給者証をお持ちの方****「申請者共通」の書類に下記の書類を添付してください**□　「特定医療費(指定)難病受給者証」または「小児慢性特定疾病医療受給者証」の写し**指定難病、小児慢性特定疾病の医療費受給者証をお持ちでない方****「申請者共通」の書類に下記の書類を添付してください**□　住民票（世帯全員分）　　　　　　　□　保険証の写し（同一保険世帯全員分）□　加入医療保険世帯の全員分の課税証明書□　生活保護受給者証明書（受給者のみ）□　身体障害者手帳の写し（お持ちの方のみ） |