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） |