

第1号様式（第6条関係）

大垣市身体障害者ニュー福祉機器助成申請書

年 月 日

大垣市長 様

申請者 住 所

氏 名

印

生年月日

年

月

日

身体障害者ニュー福祉機器購入の助成金として、次の金額を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

購入費総額 \_\_\_\_\_ 円

- (添付書類)
- (1) 事業実施計画書（第2号様式）
  - (2) 見積書

第2号様式（第6条関係）

身体障害者ニュー福祉機器助成事業実施計画書

(1) 助成額算定調書

購入に要する経費 (A)	対 象 経 費 (B=A×1/2)	助 成 限 度 額 (C)	助 成 申 請 額 (BとCを比較し て少ない方の額)	備 考
※  円	※  円	※  円	※  円	

※は記入しないでください。

(2) 申請者の状況

障 害 名		障害等級	級
手帳番号	県 号	発行年月日	年 月 日 交付 再交付

(3) 助成事業の概要

ニ ュ ー 福 祉 機 器 名	金 額

(4) 購入業者の住所氏名

住 所	
氏 名	