

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 石 田 仁 様

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号（ ） ー

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	