

(表)

様式第1号 (第6条関係)

年 月 日

白浜町長 様

住 所  
氏 名  
連 絡 先

印

感震ブレーカー等設置事業補助金交付申請書兼同意書

上記について、白浜町感震ブレーカー等設置事業補助金の交付を受けたいので、白浜町感震ブレーカー等設置事業補助金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記の通り申請します。

なお、本事業の対象者であることを確認するため、町が保有する個人情報を閲覧することに同意します。

記

1. 事業の概要

事業対象物件所在地	
補助事業の総費用	円
補助金交付申請額 ※総費用の1/2の額(上限10,000円)	円

2. 添付資料

- (1) 感震ブレーカー等の購入及び取付けに係る見積書又は補助対象事業経費等が記載された書類
- (2) 設置しようとする感震ブレーカー等の仕様(種類)が分かる書類(カタログ等)
- (3) 事業開始前の分電盤等の現況写真
- (4) その他町長が必要と認める書類

3. 承諾書欄(自己又は同居の方が所有する家屋の場合は不要)

家屋所有者等 承諾欄 (町有施設は不要)	私は、自己の所有(管理)する住家等に、感震ブレーカー等を設置することについて承諾します。  年 月 日 氏名 _____ 印
----------------------------	---

4. 世帯の方全員が次に該当する場合は、裏面もご記入ください。

- ・満65歳以上の方
- ・要介護認定を受けている方
- ・身体障害者手帳の交付を受けている方
- ・療育手帳の交付を受けている方
- ・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方

(裏)

家族構成	世帯の方全員が次に該当する場合、家族についてご記入ください。 ・満65歳以上の方 ・要介護認定を受けている方 ・身体障害者手帳の交付を受けている方 ・療育手帳の交付を受けている方 ・精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方		
	氏名	年齢	要件
			<input type="checkbox"/> 満65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
			<input type="checkbox"/> 満65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
			<input type="checkbox"/> 満65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳
			<input type="checkbox"/> 満65歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳

※要介護認定や各種手帳の交付を受けている方はその写しを添付してください。（申請時に確認できる場合は写しの添付は不要です。）