

滑川市長 あて

住 所
氏 名
電話番号

在宅要援護者等除雪支援事業申請書

このたび、滑川市在宅要援護者等除雪支援事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。なお、本申請に伴う支援の可否決定のため、私が属する世帯状況、税情報等の必要な事項について、市が調査又は関係機関に照会することに同意します。

1. 世帯の状況

- ☐ 65 歳以上の高齢者のみの世帯
☐ 65 歳以上の高齢者及び小学生以下の子どもで構成する世帯
☐ 65 歳以上の高齢者及び身体障がい者（1 級又は 2 級）で構成する世帯
☐ 身体障がい者（1 級又は 2 級）のみで構成する世帯
☐ その他の世帯（ ）

2. 除雪作業の概要

実 施 日	月 日	月 日
実 施 箇 所 (実施した作業に ○をつけてください)	・ 屋根 ・ 住宅周辺	・ 屋根 ・ 住宅周辺
作 業 実 施 者		
作 業 経 費		

3. 支援金申請額

金 _____ 円

※支援金額は 1 回当たり 10,000 円を上限とし、同一世帯 1 冬期間につき 2 回を限度とします。

※同一日に行われた 2 回以上の屋根及び住宅周辺の除雪作業は、1 回の除雪作業とみなします。

※経費については、領収書（原本）を添付してください。

※銀行名、支店名、口座番号、口座種類、名義人がわかるページのコピーを添付してください。