

長野市身体障害者用自動車改造事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

長野市長 宛

住 所
氏 名
連絡先（電話）

令和 年度において、身体障害者用自動車改造事業を下記のとおり実施したいので、補助金 円を交付してください。

記

本人氏名	(年 月 日生)
障害名及び等級	種 級
※手当受給状況	特別障害者手当（有・無） 障害児福祉手当（有・無）
※介護者氏名	(年 月 日生)
自動車所有者氏名	
自動車の主たる使用目的	
自動車の種類	(車種) (年式) (排気量)
改造個所及び改造費用（概算）	(改造個所) (改造費用) 円
自動車運転免許	年 月 日 取得

備考 1 改造費の見積書及び運転免許証の写しを添付すること。

2 ※欄は特別障害者手当又は障害児福祉手当を受給している場合に記入すること。

注 ここから下は、記入しないでください。

<input type="checkbox"/> 本人運転の改造に要する経費の90% （見積書の額の90%） <input type="checkbox"/> 介護用改造に要する経費 A （見積書の額）	限度額 B	補助額 （A・Bいずれか少ない額）
円	円	円
<input type="checkbox"/> 本人運転の場合 所得限度による可否(※) 可 ・ 否	① 所得額（各種所得控除後） 円 ② 特障手当に関する所得限度額 円(扶養 人) ① ②であり所得要件を満たして(いる・いない)	
<input type="checkbox"/> 介護用改造の場合 手当等受給の有無 介護者の同一生計の有無	特別障害者手当・障害児福祉手当・未受給 有 ・ 無	
確認欄	職氏名	印

※本人運転による改造の所得限度は、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令」に定める「特別障害者手当等の所得制限の限度額」（別表）に準ずる。