別記様式（第５条関係）

高齢者等除雪支援事業給付申請書

　年　　月　　日

高島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　高齢者等除雪支援事業支援金の給付を受けたいので申請します。

なお、同支援金の給付を受けるにあたり、私の世帯の住民登録および課税状況について照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者の区分  **※該当する番号に○印をつけてください。** | ⑴ ７０歳以上の高齢者のみで構成される世帯  ⑵ 身体障害者手帳１級、２級または肢体不自由３級の者のみ  で構成される世帯  ⑶　母子及び父子並びに寡婦福祉法第６条第１項に規定する女子または同法同条第２項に規定する男子と小学校６年生までの児童で構成される世帯  ⑷　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 対象事業 | 雪下ろし | | 雪かき | | |
| 委託事業所 |  | |  | | |
| 実施年月日 | （　　年　　月分）  日　　円×2/3＝　　　円－①  日　　円×2/3＝　　　円－②  （千円未満切捨て） | | （　　年　　月分）  日　　　円×2/3＝　　　　円－③  日　　　円×2/3＝　　　　円－④  日　　　円×2/3＝　　　　円－⑤  （千円未満切捨て） | | |
| 支援金の額 | ①＋②＝　　　　　　　　　　円  **※①　１会計年度１世帯あたりの上限　雪下ろし６６，０００円**  　　　　③＋④＋⑤＝　　　　　　　　円  **※②　１会計年度１世帯あたりの上限　雪かき　１０，０００円** | | | | |
| 振込先  (申請者の口座) | 金融機関名 |  | | 支店名 |  |
| 種　　　別 | 当座・普通 | | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義 |  | | | |
|  | | | |

※１　領収書の写しを添付してください。

※２　実施年度の３月３１日までに提出してください。