

別記様式第 1 号（第 5 条第 1 号関係）
草津市らくらくケアカー改造費補助金交付申請書

年 月 日

草津市長 宛

申請者 住所

氏名 印

個人番号

次のとおり、らくらくケアカー改造費補助金の交付を申請します。
なお、障害者等、障害者等の配偶者および障害者等の扶養義務者の所得税および市県民税に関する課税台帳等を草津市職員が閲覧することを承諾します。

申 請 額		円		
補 助 対 象 経 費		円		
障 害 者 等 氏 名		個人番号：	生 年 月 日	年 月 日
障 害 情 報	身体障害者 手 帳 番 号		手 帳 交 付 年 月 日	年 月 日
	障 害 名		障 害 等 級	級
介 護 情 報	介護保険被 保険者番号		要 介 護 認 定 日	年 月 日
	要 介 護 度	要介護		
自 動 車 の 所 有 者 (購 入 者)			障 害 者 等 と の 続 柄	
改造が必要な理由				
改 造 の 内 容		1 改造自動車の購入（新車） 2 改造自動車の購入（中古車） 3 自動車の改造（１・２を除く）	1 座席昇降機能 2 リフト機能 3 その他 ()	

(注) 自動車の見積書および自動車検査済証の写し（改造自動車を購入する場合を除く。）
を添付のこと。

承 諾 書

草津市長 宛

草津市らくらくケアカー改造費補助金の申請に伴い、対象者ならびにその配偶者および扶養義務者について、草津市が保有する市民税課税台帳の閲覧に同意します。

なお、満 17 歳以上で当該年度の課税基準日（1 月 1 日）に草津市に住民登録のない場合等、税情報の閲覧ができない場合は、他市区町村が発行する当該年度の所得を証明する書類を添付します。

(申請者)

年 月 日

住所

氏名 印

(連絡先)

(氏名) 印

氏名 印

(氏名) 印

氏名 印

(氏名) 印

氏名 印

所得制限限度額（この欄は市で記入いたします）

[illegible]