

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代 筆 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

※日中に連絡の付く電話番号を記載してください。

渋川市介護用車両購入費補助金実績報告書

渋川市介護用車両購入費補助金について、介護用車両を購入しましたので、関係書類を添えて次のとおり報告します。

要介護者	フリガナ			介護保険 被保険者番号															
	氏名																		
	住所	渋川市			生年月日		年 月 日												
介護用車両	購入業者			購入総費用	円														
	メーカー			車名・形式															
	タイプ	<input type="checkbox"/> 車いす仕様車 <input type="checkbox"/> リフトアップシート車 <input type="checkbox"/> 回転スライドシート車と車いす収納機能																	
	契約日			年	月	日													
	納車日			年	月	日													
	領収日			年	月	日													
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護用車両購入に係る契約書（注文書）の写し																		
	<input type="checkbox"/> 介護用車両購入に係る領収書の写し（宛名が申請者名のもの） ※割賦契約等で支払が完了していない場合、支払に係る契約書及び初回支払分の領収書の写し																		
	<input type="checkbox"/> 介護用車両の自動車検査証の写し																		
	<input type="checkbox"/> 渋川市介護用車両購入費補助金請求書（様式第4号）																		
	<input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類																		