

(様式1)

「食事支援福祉機器助成事業」指定特約店 認定申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会 会長 殿

私は、社会福祉法人日本身体障害者団体連合会の「食事支援福祉機器助成事業」の趣旨に賛同し、本事業の助成金交付を受けて食事支援福祉機器を購入する身体障害者向けに機器の販売を行う「指定特約店」として認定いただきたく、実施要綱第3条第2項にもとづき、以下の書類を添付して申請いたします。

指定特約店として活動するにあたって、「食事支援福祉機器助成事業」の実施要綱を遵守するとともに、購入した食事支援福祉機器を十分活用できるように購入者のサポートに努めます。

住所

名称

代表者

印

添付書類：

補装具または日常生活用具の販売実績を示す以下の書類を添付します。（添付書類にチェック）

補装具委託契約書（自治体発行のもの）

または

日常生活用具の交付委託通知書（自治体発行のもの）

上記書類がない場合は、食事支援福祉機器に類似する機器を取り扱った実績について、枠内に記載すること。

登記簿謄本（発行3ヶ月以内のもの）

(様式2)

「食事支援福祉機器助成事業」指定特約店認定証

平成 年 月 日

(申請者) _____ 御中

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会は、「食事支援福祉機器助成事業」実施要綱第3条第2項にもとづいて、貴社を指定特約店として認定し、本認定証を交付します。

承認番号：

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会
会 長 小 川 榮 一

(様式3)

「食事支援福祉機器助成事業」助成金交付申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会 会長 殿

私は、「食事支援福祉機器助成事業」助成金交付について、別紙委任状の通り委任されましたので、実施要綱第5条にもとづき、下記購入者に代わり申請いたします。

購入者氏名	
購入希望機器名	
購入価格(税込)	

(指定特約店)

住所

名称

代表者

(承認番号

印

)

(様式3 - 別紙)

委任状

平成 年 月 日

社会福祉法人 日本身体障害者団体連合会 会長 殿

私は、「食事支援福祉機器助成事業」に基づく助成金交付に係る申請、請求、受領に関する権限を、実施要綱第4条にもとづき、障害者手帳の写しを添えて下記の指定特約店に委任します。

購入者氏名	印	生年 月日	年 月 日 (満 歳)
住所	〒 都・道 府・県		
身体障害者 手帳	番号		交付日
	障害名		等級
指定特約店	(承認番号)		

添付書類：身体障害者手帳の写し

(様式4)

助成金決定通知書

通知番号

平成 年 月 日

(購入者) _____ 殿

(指定特約店) _____ 御中

(購入者) _____ 殿 の「食事支援福祉機器助成事業」助成金交付申請書を審査した結果、実施要綱第5条第2項にもとづき、下記金額を助成(する・しない)ことに決定いたしましたので、ここにお知らせします。

なお、助成することとした場合は、助成金請求書の提出後原則2週間以内に助成金を支払います。

助成金額 _____

購入価格(税込)の9/10とする。

助成対象機器名	
購入価格(税込)	

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会
会 長 小 川 榮 一

(様式5)

「食事支援福祉機器助成事業」助成金請求書

平成 年 月 日

社会福祉法人日本身体障害者団体連合会 会長 殿

「食事支援福祉機器助成事業」助成金の交付を、実施要綱第6条第2項にもとづき、下記のとおり請求いたします。

請求金額 _____

購入価格(税込)の9/10とする。

なお、実施要綱第7条に基づき上記金額を下記にて受領することを希望します。

(銀行名)

(支店名)

(口座番号)

(口座名義)

添付書類：「食事支援福祉機器助成事業」売買契約書(様式5 - 別紙)の写し

(指定特約店)

住所

名称

代表者

(承認番号

印

)

(様式5 - 別紙)

「食事支援福祉機器助成事業」売買契約書

平成 年 月 日

「食事支援福祉機器助成事業」の助成金決定通知を受け、下記の食事支援福祉機器を発注します。

購入機器名		
発注先 指定特約店	(承認番号)	
購入価格	(税抜)	(税込)
自己負担金額	(税抜)	(税込)
助成金額		

- 1 注文品の引渡し完了したとき現金一括にて支払い(振込)ます。ただし、クレジットの場合、頭金は貴社請求後7日以内に支払います。(頭金 金_____円也)
- 2 注文品のかし担保期間は、注文品の引渡しを受けたときから1年間とします。
- 3 注文品が納入されたときは検査を行い、かしくないことを確認します。また貴社より求められたときは受領証を提出します。

(購入者)

住所

氏名

(身体障害者手帳番号

印

)