様式第１号（第６条関係）

　　　年　　月　　日

湯沢町長　様

（申請者）住　　　所

氏名・名称

　(代表者) 　　　　　　　　　　　　 ㊞

電話番号　　　　（　　　　）

湯沢町事業用施設バリアフリー化工事補助金交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象施設 | 住所 | 湯沢町 |
| 名称 |  |
| 所有者 | □申請者と同じ□申請者と異なる（所有者の同意書を添付してください。） |
| 工事概要 | 工事内容 |  |
| 工事予定期間 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 総工事費 | 円 | 工事費内訳は、別紙見積書のとおり。交付申請額は、補助対象経費の１／２（千円未満切捨て）、上限５０万円とする。 |
| 補助対象経費 | 円 |
| 交付申請額 | ，０００円 |
| 施工業者 | 住所・所在 |  |
| 氏名・名称 |  | 電話 |  |
| 添付書類 ・工事見積書の写し（総工事費、補助対象経費等の内訳が分かる明細書形式のもの）・工事箇所の着工前の現況写真（撮影場所、撮影日記載）、図面及び計画図面・町税に滞納がないことを証する書類、資産証明書または登記簿謄本の写し・誓約書（様式第２号）・その他町長が必要と認めた書類※申請者と対象施設所有者が異なる場合、上記の書類のほか次の書類・湯沢町事業用施設バリアフリー化工事施工同意書（様式第３号） |

　次のとおり湯沢町事業用施設バリアフリー化工事補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。なお、交付判定のため、納付状況及び事業状況等を調査することに同意します。

※町記入欄　以下は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 交付判定 | 　交付　・　不交付（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 決　　　裁 |
| 町　長 |  | 副町長 |  | 部　長 |  | 課　長 |  | 係長 |  | 係内 |  | 担当 |  | 公印使用承認 |  |
| 合　議 | 総務課財政係 | 決　裁年月日 | 年　　月　　日 |
| 交付判定 | 　交付　・　不交付（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

上記判定に基づき、湯沢町事業用施設バリアフリー化工事補助金交付（不交付）決定通知書（様式第4号）を送付します。

【事業用施設バリアフリー化工事確認事項】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 確認項目 | 結果 | 備考 |
| 1 | 湯沢町に事業所を有し、事業活動を行っている法人又は個人である。（湯沢町起業支援補助金の交付を受けている場合3年以上事業活動を行っている者。） | 適　・　不適 | 　　　　　年　　　月より事業開始 |
| 2 | 接客を伴う施設である。 | 適　・　不適 |  |
| 3 | 事業用施設のバリアフリー化を行う工事であり、要綱に適合している。 | 適　・　不適 |  |
| 4 | 過去にこの補助金の利用がない又は利用はしたが補助金限度額（５０万円）を超えていない。なおかつ併用住宅の場合、住宅部分の補助金限度額（２０万円）を超えていない。 | 適　・　不適 | 過去に利用が有る場合補助金額　　　　　円(内住宅分　　　　　円)利用年度　　　　年度 |
| 5 | まだ着工していない。 | 適　・　不適 |  |
| 6 | 湯沢町の税の滞納がない。 | 有　・　無 |  |
| 上下水道料金、受益者負担金の滞納がない。 | 有　・　無 |
| 後期高齢者医療、介護保険料の滞納がない。 | 有　・　無 |
| その他町の料金の滞納がない。 | 有　・　無 |
| 7 | 金額が5万円（税別）を超える工事である。 | 適　・　不適 |  |
| 8 | 当該年度の２月末日までに補助金実績報告書を提出できる。 | 適　・　不適 |  |
| 9 | 事業用施設に住宅が併設されている場合、住宅部分の補助対象は４０万円までの金額で交付申請額が算定されている。 | 適　・　不適 |  |
| 10 | 個人については資産証明書。法人については資産証明書または登記簿謄本の写し | 有　・　無 |  |
| 11 | 町税納税証明書 | 有　・　無 |  |
| 12 | バリアフリー化工事の見積書の写し | 有　・　無 |  |
| 13 | バリアフリー化工事の内容がわかる図面等 | 有　・　無 |  |
| 14 | バリアフリー化工事箇所着工前の写真 | 有　・　無 |  |
| 15 | 誓約書 | 有　・　無 |  |
| 16 | 申請者と施設所有者が異なるとき、バリアフリー化工事施工同意書 | 有(不要) ・ 無 |  |