

木造住宅防災ベッド整備事業

担当者:

・事業の契約をする前に補助金の申請・交付決定が必要です！

・令和6年度の2月末までに事業を完了し、完了報告の提出が必要です！

○交付申請チェックリスト○

連絡先:

|                                     |                             |                   |  |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------|--|
| 交付申請書                               | <input type="checkbox"/>    | 様式                | 様式第5号を使用しているか。   |
|                                     | <input type="checkbox"/>    | 申請者               | 住所、氏名、電話番号は記載されているか。   |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 申請者は設置費を支払う者と同一か。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 住宅の所有者、概要は記載されているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 建築年次は、昭和56年5月以前か。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 耐震評点は、1.0未満か。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 防災ベッドは、静岡県工業技術研究所が開発したものか。                                       |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 事業に要する費用に、補助対象外が含まれていないか。  |
| <input type="checkbox"/>            | 補助申請額は、収支予算書に記載の金額と整合しているか。 |                   |  |
| <input type="checkbox"/>            |                             | 事業の予定期間が記載されているか。 |  |
| 収支予算書                               | <input type="checkbox"/>    | 様式                | 様式第14号を使用しているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 収入の部：補助金額、自己資金、計が記入されているか。                                       |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 支出の部：防災ベッド設置費が記入されているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 支出明細：防災ベッド設置費、積算基礎が記入されているか。<br>金額に誤りはないか。                       |
| 建築物の所在地、用途、構造及び建築年次が確認できるもの         | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 昭和56年5月以前に建築されたことが確認できるか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 所在地、用途、構造が確認できるか。  |
| 《所有者以外による申請の場合》<br>所有者の承諾書          | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 申請者：住所、氏名は記載されているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 所有者：住所、氏名は記載されているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 記載内容に誤りはないか。   |
| わが家の専門家診断結果報告書の写し<br>又は耐震診断結果報告書の写し | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 補助対象と同一の報告書が添付されているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 報告書全頁が添付されているか。  |
| 見積書の写し                              | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 業者の押印があるか。   |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 見積書の有効期限が切れていないか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 対象、金額が明確に記載されているか。 ※一式計上は不可。                                     |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 補助対象外を含んだ見積書の場合、対象と対象外を分けて記載されているか。                              |
| 市税完納証明書                             | <input type="checkbox"/>    |                   | 原本を添付しているか。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 発行から3ヶ月以内であるか。   |
| (同意書による申請の場合)                       | <input type="checkbox"/>    |                   | 同意書を添付しているか  |
| 同意書                                 | <input type="checkbox"/>    |                   | 照会内容に○がついているか。   |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 申請者の住所、氏名が記入されているか。  |
| 平面図等                                | <input type="checkbox"/>    |                   | 防災ベッドを設置する場所がわかるか  |
| 《複数台設置する場合》<br>家族構成報告書              | <input type="checkbox"/>    | 様式                | 様式第1号を使用しているか。   |
|                                     | <input type="checkbox"/>    | 内容                | 同居家族の記載漏れはないか。(設置台数1台につき1人以上の居住が確認できるか)                          |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 申請者の氏名は記載されているか。   |
| 《複数台設置する場合》<br>居住者が確認できる書類の写し       | <input type="checkbox"/>    |                   | 指定された書類が添付されているか   |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 居住していることが確認できるか  |
| その他                                 | <input type="checkbox"/>    |                   | 担当者の氏名・連絡先が記載されているか。 ※チェックリスト上部                                  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 設置前の申請か。 ※設置後の申請は補助対象外。  |
|                                     | <input type="checkbox"/>    |                   | 本制度を知ったきっかけが下欄に記載されているか。(広報いわた、業者からの提案等)<br>【本制度を知ったきっかけ: _____】 |

|     |
|-----|
| 審査欄 |
|     |

※審査欄は、記入をしないこと。

木造住宅防災ベッド整備事業

担当者:

○完了報告チェックリスト○

連絡先:

|          |                          |                       |                                 |
|----------|--------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 完了報告書    | <input type="checkbox"/> | 様式                    | 様式第30号を使用しているか。                 |
|          | <input type="checkbox"/> | 申請者                   | 住所、氏名は記載されているか。                 |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 申請者は設置費を支払う者と同一か。               |
|          | <input type="checkbox"/> | 内容                    | 交付決定日、決定番号を記載しているか。             |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 完了の年月日は、領収書の日付以降を記載しているか。       |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 交付決定額は整合しているか。                  |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 補助金交付指定口座は記入されているか。             |
| 収支決算書    | <input type="checkbox"/> | 様式                    | 様式第14号を使用しているか。                 |
|          | <input type="checkbox"/> | 内容                    | 収入の部:補助金額、自己資金、計が記入されているか。      |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 支出の部:防災ベッド設置費が記入されているか。         |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 支出明細:防災ベッド設置費、積算基礎が記入されているか。    |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 予算額欄、決済額欄共に記載されているか。            |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 変更があった場合、比較欄に増減額が記載されているか。      |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 金額に誤りはないか。                      |
| 領収書の写し   | <input type="checkbox"/> |                       | 内容                              |
|          | <input type="checkbox"/> | 宛名、日付、金額、内容が記載されているか。 |                                 |
| 事業完了時の写真 | <input type="checkbox"/> | 内容                    | 設置完了の状況を確認できるか。                 |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 写真はカラー写真であるか。                   |
| その他      | <input type="checkbox"/> |                       | 担当者の氏名・連絡先が記載されているか。 ※チェックリスト上部 |
|          | <input type="checkbox"/> |                       | 事業完了の日から30日以内の提出か。              |

|       |
|-------|
| 審 査 欄 |
|       |

※審査欄は、記入をしないこと。