公益財団法人清心内海塾　宛

自動車用簡易手動運転装置助成申請書

令和　年　月　日

|  |
| --- |
| 申請者 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)団体名 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)住所 |  |
| 代表者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名 |  | 役職 |  |
| ホームページ |  |
|  |
| 担当者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名 |  | 所属役職 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体概要 |  |
| 希望機種(いずれかに〇)台数(1台まで) | 希望機種：　　・ ﾊﾝﾄﾞｺﾝﾄﾛｰﾙ　・ SWROD |
| 希望理由 | 活用場所 |  |
| 活用形態 |  |
| 利用時の指導者の資格・人数 |  |
| 予想年間利用者数 | 　名/年 |
| 助成対象期間利用者数の報告(対象最終月翌月) | ◎指定の期日までに「報告書（利用者数など）」を必ず提出します。 |

注：　①選考にあたっては申請内容について弊法人事務局より問合せする場合が有ります

　　　②審査結果は書面にて通知するとともに、助成が決定した施設・団体名は弊法人ホームぺージに掲載いたします（<https://www.s-utsumijuku.or.jp/>）

簡易手動運転装置助成申請書

令和　年　月　日

申請書記載例

公益財団法人清心内海塾　宛

|  |
| --- |
| 申請者 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)団体名 | xx法人xxリハビリテーションセンター　 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)住所 | 〒144-0043ﾄｳｷｮｳﾄｵｵﾀｸﾊﾈﾀﾞ5-3-1東京都大田区羽田5－3－1 |
| 代表者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名 | ﾊﾈﾀﾞ ﾀｲﾁ羽田　田一 | 役職 | センター長 |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ | https://www.xxx.or.jp |
|  |
| 担当者 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名 | ｵｵﾀ　ｸｲﾁ大田　区一 | 所属役職 | リハビリテーション科作業療法士 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)住所 | 〒144-0043ﾄｳｷｮｳﾄｵｵﾀｸﾊﾈﾀﾞ5-3-1東京都大田区羽田5－3－1 |
| 電話 | 03-000-0000 |
| FAX | 03-000-0001 |
| E-mail | xx.xx@xxx.or.jp |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体概要 | xx病院併設の主にxx患者のリハビリテーション施設（詳細は施設のパンフレット参照でも可）本助成申請との関りが判る内容を記載 |
| 希望機種 | ハンドコントロール |
| 希望理由 | 活用場所 | リハビリテーション施設施設併設の自動車教習コース提携自動車教習所展示室など |
| 活用形態 | 運転適性検査（ドライビングシミュレータに取り付け）取り付け、座位確保などの訓練自動車教習自己保有車両での利用訓練展示室での紹介など |
| 利用時の指導者の資格・人数 | リハ科医師(2名)作業療法士(3名)運転教官(2名) |
| 予想年間利用者数 | 7名/年 |
| 利用者数の報告(助成期間最終月) | ☑報告可(〇月に利用者数を報告する)　□報告不可 |

注：　①選考にあたっては申請内容について弊法人事務局より問合せする場合が有ります

　　　②審査結果は書面にて通知するとともに、助成が決定した団体名は弊財団ホームぺージに掲載いたします（<https://www.s-utsumijuku.or.jp/>）