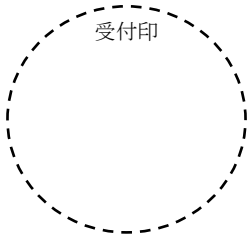


記入例

住宅改造費助成申請書

〇 年 〇 月 〇 日

加古川市長様



申請者（生計中心者又は住宅所有者）

住所 〒675 - 8501

加古川市 加古川町北在家 2000

氏名（自署又は記名・押印） 加古川 太郎

対象者との続柄 子

個人番号（ 123456789012 ）

電話 （ 123 ） 456 － 7890

携帯 （ 090 ） 456 － 7890

生涯にわたり改造を施工する自宅での生活を希望するため、加古川市住宅改造費助成事業実施要綱第6条により下記のとおり申請します。

記

住 所	加古川市加古川町北在家 2000			
対 象 者	氏 名	加古川 一郎		
	生年月日	昭和 20 年 10 月 10 日	個人番号	012345678912
	要介護認定	要支援・要介護（ 1 ）／（新規・区分変更・更新）申請中 認定期間 〇 年 〇月 〇日～ 〇 年 〇月 〇日		
	手帳の有無 ※写しを添付してください。	☐ 身体障害者手帳（ ）級・・・障害名（ ） ☐ 療育手帳（ ）判定 ☐ 加古川市日常生活用具給付事業対象である		
※ 対象者が2名の場合は、下の欄に記入してください。				
対 象 者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	要介護認定	要支援・要介護（ ）／（新規・区分変更・更新）申請中 認定期間 年 月 日～ 年 月 日		
	手帳の有無 ※写しを添付してください。	☐ 身体障害者手帳（ ）級・・・障害名（ ） ☐ 療育手帳（ ）判定 ☐ 加古川市日常生活用具給付事業対象である		
担当ケアマネジャー	氏名 山田 花子 （事業所名：〇〇居宅介護支援事業所） 電話：012-345-6789			
施工業者	担当者名 田中 二郎 （会社名：△△建築株式会社） 電話：012-1234-5678 携帯：090-0000-0000			
工事日程	着工予定日： 〇 年 〇 月 〇 日 / 完了予定日： 〇 年 〇 月 〇 日			
支払方法	☐ 償還払 ☒ 受領委任払 登録番号（ 000 ）			

※対象者が要介護認定者の場合は、要介護認定期間内に工事を着工・完了しなければ助成対象外となります。

世帯の状況	氏 名	続柄	生 年 月 日	個 人 番 号
	加古川 花子	妻	昭和 25 年 3 月 3 日	124356789021
	加古川 太郎	子	昭和 60 年 7 月 7 日	123456789012
	加古川 幸子	子の妻	平成 2 年 4 月 2 日	312456789102
	加古川 和也	子の子	令和元 年 5 月 1 日	412356789021

※世帯の状況は実際に同居している方全員について記入してください。(対象者除く。)

《住宅改修について》

- ◆改修をする住宅で、これまでに介護保険住宅改修費の支給を受けたことが (ある・ない)
 ・受けたことがある⇒ 年 月 頃

《耐震診断について》

1. 改修を希望する住宅の建築工事着工年月 昭和 53 年 6 月

確認方法 建築確認通知書・登記簿謄本・資産証明書・その他()

※簡易耐震診断の対象・対象外に関わらず、書類の写しを添付してください。

2. 1 の日が昭和 56 年 5 月以前の場合⇒耐震診断を(受けた・申込中・受けていない)／対象外

- ・受けた⇒診断結果報告書など、受診したことが証明できる書類を添付してください。
- ・申込中⇒ ○ 年 ○ 月 ○ 日 申込
- ・受けていない⇒耐震診断の受診が必須です。加古川市建築指導課までお問合せください。

《承認事項》(よくお読みください。)

- ◆助成決定のうえで必要な場合は、市長が①対象者の介護保険訪問調査及び主治医意見書の内容、
 ②対象者及び対象者の世帯員、生計中心者(対象者と別世帯の場合を含む)の市県民税課税台帳
 を確認することに同意します。

また、助成決定に必要な事項につき、以下のとおり申告します。

申請内容と事実に相違があったときは、助成決定の取消処分や助成金の返還を命じられても異議を申し立てません。また、改修を施行する箇所には公道を含んでいません。施行について第三者と問題が発生したときは、申請者の責において解決し、貴市には一切ご迷惑をかけないことを確約します。

申請者(生計中心者又は住宅所有者) 加古川 太郎

(自署又は記名・押印)

住宅の所有者と申請者が異なる場合は必ずご記入ください。

- ◆上記の住宅改修を行うことを承諾します。(自署又は記名・押印)

○ 年 ○ 月 ○ 日

住居の所有者 加古川 二郎 申請者との続柄 子