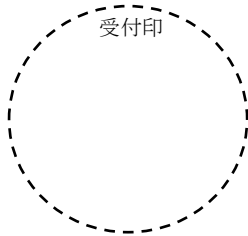


住宅改造費助成申請書

年 月 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 -

加古川市

氏名（自署又は記名・押印）

対象者との続柄

個人番号（ ）

電話（ ） -

携帯（ ） -

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		
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。	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級・・・障害名（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）判定 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級・・・障害名（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ）判定 <input type="checkbox"/> 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（事業所名： ） 電話：		
施工業者	担当者名（会社名： ） 電話： 携帯：		
工事日程	着工予定日： 年 月 日 / 完了予定日： 年 月 日		
支払方法	<input type="checkbox"/> 償還払 <input type="checkbox"/> 受領委任払 登録番号（ ）		

※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
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

※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》

◆改造をする住宅で、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

《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。

申請内容と事実と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、改造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ることを確約します。

申請者(生計中心者又は住宅所有者) _____

(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。

◆上記の住宅改造を行うことを承諾します。(自署又は記名・押印)

年 月 日

住宅の所有者 _____ 申請者との続柄 _____