

様式第5号（第5条関係）

（表）

住宅改修費給付申請書							
（宛先）紀の川市福祉事務所長							
年 月 日							
申請者 住所 氏名 対象者との続柄 電話・FAX ()							
次により住宅改修費の給付を申請します。 住宅改修費の支給要件の確認と自己負担額算出のため、対象者の世帯の住民登録資料、課税資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することに同意します。 なお、以上の内容について、下記の世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。							
対 象 者	フリガナ			男	生年	年 月 日	
	氏名			女	月日	歳	
	住所	紀の川市					
	個人番号						
	施設入所の有・無（入所予定の有・無）※有の場合、施設の名称：						
	入院等の有・無（入院予定の有・無）※有の場合、病院等の名称：						
世 帯 の 状 況	氏名	性別	個人番号	続柄	生年月日	備考	
		男・女			年 月 日(歳)		
		男・女			年 月 日(歳)		
		男・女			年 月 日(歳)		
		男・女			年 月 日(歳)		
障 害 者 手 帳 等	[身体障害者手帳]						
	障害等級： 級						
	障害名： 手帳番号： 第 号 交付日： 年 月 日						
[特定疾患医療受給者証等] ※受給者証等をお持ちでない方は、疾患名のみご記入ください。							
番号： 疾患名：							

*対象者は下記の方に限ります。

- ①下肢又は体幹機能障害3級以上の身体障害者
- ②乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る。）3級以上の身体障害者
- ③上肢機能障害2級以上の身体障害者（特殊便器に取り替える場合のみ。）
- ④下肢又は体幹機能障害を有する難病患者等

（※裏面にもご記入ください。）

(裏)

①改修工事内容

区分	居宅生活動作補助用具
<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 床材の変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> その他 ()

* 介護保険法に基づく給付等が優先されます

②希望理由	
③希望業者	

④住宅状況

住 宅	便 器	
<input type="checkbox"/> 持家	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式
<input type="checkbox"/> 借家 (※家主の承諾書必要)	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式