

住宅改修費給付兼利用者負担額減額等申請書

年 月 日

伊賀市社会福祉事務所長 様

申請者

住 所 伊賀市

氏 名

対象者との続柄

電話番号

下記により、住宅改修費の給付を申請します。

申請に係る給付決定のため、下記対象者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対 象 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 男・女		生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 伊賀市						
	身体障害者手帳 番号	県第	号	年 月 日交付				
	障がい名							
	障がい程度	種	級	施設入所の有無	有 (施設)・無			
	疾 病 名			症 状				
給付を希望する理由								
改修を行う住宅の住所		伊賀市					番地	
改 修 工 事 内 容	区 分			居 宅 生 活 動 作 補 助 用 具				
	1 手すりの取付け 3 床材の変更 5 便器の取替え 6 その他 ()	2 床段差の解消 4 扉の取替え	1 便 器 2 手 す り 3 スロープ 4 そ の 他 ()					
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上						
現在の 住居の 状況	住 宅	1 自宅 2 借家	借 家 の 場 合、 貸 主 の 承 諾 の 有 無	1 有 2 無	浴 槽	1 有 2 無	便 所	1 和 式 2 洋 式 3 携 帯 用
現在の 介護の 状況	入 浴	1 介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭とも していない 4 自分でできる		排 便	1 全介助 2 一部介助 3 自分でできる		移 動	1 車いす使用 2 介助を必要 (一部・全部) 3 自分でできる

※ 難病患者が申請する場合は、診断書（様式第1号の3）を添付してください。