

市川市高齢者及び障害者すみよい住まいづくり助成金交付申請書

見本

年 月 日

市川市長

(申請者) 住 所 市川市八幡1-1-1

フリガナ 伊加 知

氏 名 市川 太郎

電話番号 047 (334) 1111

次のとおり市川市高齢者及び障害者すみよい住まいづくり助成金の交付を申請します。

助成対象者 (申請者)	フリガナ 氏 名	伊加 知 市川 太郎	生年月日	昭和10年 1月 1日生 (83歳)		
	住 所	市川市八幡1-1-1				
	住宅の所在地	市川市八幡1-1-1				
	介護保険 被保険者番号	000123456	認定結果	・要支援 ()	世帯 区分	・課税 ・非課税
	障害者手帳 種別等級・ 程度	種 級 ()	交付年月日 手帳番号	年 月 日	都道府県()第 号	
	住 宅 の 所有者氏名	市川 太郎 申請者との関係 (本人)				
整 備 箇 所	施 工 箇 所	整 備 事 由				
	() 浴室 (○) トイレ (○) 玄関 () 台所 () 廊下又は階段 () リビング、寝室その 他の部屋 () その他 ()	1. 手すりの取付け [トイレ] 2. 段差の解消 [玄関] 3. 床又は通路面 の材料の変更 [] 4. 引き戸等への 扉の取替え [] 5. 洋式便器等への 便器の取替え [] 6. 上記 () に 係る付帯工事 []				
助成事業の 経費の総額	見積書の介護保険対象分の総額を記入してください。				円 (A)	
経費の内訳	例：見積書のとおり					

事業計画 (工事期間)	年 月 日から 年 月 日まで
介護保険の住宅改修を行う場合はこちらにチェック→	1 助成事業の経費の総額 (A) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">見積書の介護保険対象分の総額を記入してください。</div> 円
	<input checked="" type="checkbox"/> 2(1) (介護保険の被保険者の場合) 支給される居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費+その自己負担額 (助成対象事業につき、居宅介護住宅改修費又は介護予防住宅改修費の支給を受ける場合) (B) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護保険分の給付金額+自己負担額の合計金額を記入してください。</div> 円 <input type="checkbox"/> 2(2) (障害者の場合) 20万円 (居宅生活動作補助用具に係る費用の支給を受ける場合) (C) 3 A - (B又はC) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">見積り総額 - (介護保険給付金額+自己負担額) の額を記入してください。 D)</div> 4 Dの額と20万円を比較して少ない方の額 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">上記3の金額が20万円を超える場合は200,000円と記入してください。</div>
交付申請額の算出の基礎	<input type="checkbox"/> 2(2) (障害者の場合) 20万円 (居宅生活動作補助用具に係る費用の支給を受ける場合) (C) 3 A - (B又はC) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">見積り総額 - (介護保険給付金額+自己負担額) の額を記入してください。 D)</div> 4 Dの額と20万円を比較して少ない方の額 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">上記3の金額が20万円を超える場合は200,000円と記入してください。</div>
交付申請額	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">上記4の金額を記入してください。</div> 円
添付書類	1. 住書 (申請書) 証明 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 居住するすべての方の氏名等、所得の確認を承諾する書類の提出があれば 1. 住民票の写し 6. 非課税所得証明は<u>不要</u>です。 </div>
介護支援専門員等の連絡先	住 所 事業所 氏 名 電 話 ()