様式第１号（その２）（第６条関係）

日常生活用具費助成申請書（住宅改修）

年　　月　　日

　　（あて先）掛川市長

　　次のとおり日常生活用具費（住宅改修）の助成を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 氏　名 |  | | | | | 男・女 | | 生年月日 | | 年 　月 　日（　歳） | | | |
| 住　所 | 掛川市 　　 　電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 手帳番号 | | | 第　　　　　　号 | | | | | | | | 年 　月 　日交付 | | |
| 障害名又は疾病名 | | |  | | | | | | | | 障害等級 |  | |
| 世　帯　の　状　況 | 氏　　　　　　　　名 | | | | 続柄 | 生　年　月　日 | | | | 年齢 | | 職　　　　　業 | | 備考 |
|  | | | |  |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | |  |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | |  |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | |  |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | |  |  | | | |  | |  | |  |
| 助成を希望する理由 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 改修を行う住宅の住所 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 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　　２　床段差の解消  ３　床材の変更　　　４　扉の取替  ５　便器の取替  ６　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | １　便器  ２　手すり  ３　スロープ  ４　その他（　　　　　　） | | | | |
| 過去の日常生活用具費等の助成の状況 | | | | | | | | | | | | | | |
| 区　　　分 | | | 助　成　年　月　日 | | | | | 助　　　成　　　内　　　容 | | | | | | |
| 日常生活用具費 | | | 年　　月　　日 | | | | |  | | | | | | |
| 住宅改修費 | | | 年　　月　　日 | | | | |  | | | | | | |
| 介　護　保　険 | | | □ 申請済み　　□ 未申請　　□ 申請中（　　　　年　　月） | | | | | | | | | | | |
| □ 該当（要支援・要介護・１・２・３・４・５）　　□ 非該当 | | | | | | | | | | | |

　（注）

　　１　介護保険該当者は、申請品目により介護保険の貸与・給付制度が優先されます。

　　２　事業者の見積書、図面、写真を添付してください。

　　３　難病患者等に該当する方は、手帳番号及び障害等級の欄の記載に代え、疾病名及び症状が確認できる医師の診断書を提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □ 申請者本人　　　　□ 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 申請者との関係 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |