

障がい児（者）住宅改修費給付申請書

年 月 日

大台町長 様

申請者 住所  
氏名 印  
(対象者との続柄)

下記により住宅改修費の給付を申請します。  
住宅改修費給付の決定のため、私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			男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)			
	住所								
	身体障害者手帳番号	第		号	年 月 日交付				
	障がい名				障がい等級	種		級	
給付を希望する理由									
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	2 床段差の解消	3 床材の変更	4 扉の取替え	5 便器の取替え	6 その他 [ ]	1 便器	2 手すり	3 スロープ
過去の日常生活用具等の給付の状況									
区 分		給付形態	給付等年月日	給付等内 容					
日常生活用具		給 付	年 月 日						
住宅改修費		給 付	年 月 日						
現在の住まいの状況	住 宅	1 自宅 2 借家	借家の場合、貸主 合、貸主 諾否	1 承諾 2 否 (いつ承諾 を得るか)	浴 槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便 器	1 和式 2 洋式 3 携帯用	
現在の介護の状況	入 浴	1 他人の介助が必要 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 他人の介助が必要 2 便器(携帯用) 使用 3 自分でできる	移 動	1 車いす使用 2 他人の介助が必要 (一部、全部) 3 自分でできる			
該当する所得区分	・ 生活保護 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 一般 ・ 一定所得以上								
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。								
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防 (定率負担減免措置) を希望します。								