

小金井市高齢者自立支援住宅改修給付申込書

（宛先）小金井市長

申 込 者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____

下記のとおり、高齢者自立支援住宅改修給付を申し込みます。なお、この制度を利用するに際し、利用者の要介護認定情報及び申込者の市民税の確認が必要なときは、市の公簿等で確認することに同意します。

記

利 用 者	氏 名	フリガナ	住 所	小金井市 町 丁目 番 号 電 話
	生年 月日	年 月 日 (歳)	身体障害者手帳 (障害名)	有 ・ 無 級
	介護（介助）が必要となった時期		年 月 日ごろ	
	要 介 護 状 態 区 分		自立・要支援・要介護度（1・2・3・4・5）	
	介護保険被保険者番号		No.	
	要 介 護 認 定 の 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日	
主 な 介 護 者	氏 名	続 柄	年齢	備考（同居別居の区別，連絡先を記入）
				同・別
				同・別
申込みの理由				
改修の種類（該当種目の□欄に✓を付けてください。）				
□ 住宅改修予防給付		□ 住宅設備改修給付		
家屋の所有形態		□自己所有 □賃貸（家主の諾否 □承諾 □否）		
申込者の市民税		□課税 □非課税	見積書及び完成予想図面	別添のとおり
摘 要				

※ この届出項目は、電子計算組織に登録されます。