第１号様式（第５条関係）

重度障害者住宅設備改良費助成申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  三　浦　市　長  住　所  申請者  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)  （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。  対象者との続き柄（　）  電　話  重度身体障害者住宅設備改良費の助成について、次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | 氏名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　月　日（　歳） | | | | |
| 住所 | | 三浦市 | | | | | | | | | | | | | |
| 障害区分 | | 身障 | | 身体障害者手帳 | | | | | | 第　　号 | | | 障害程度 | | 級 |
| 知的 | | 療育手帳 | | | | | | 第　　号 | | |  |
| 障害名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険対象区分 | | | | | □　該　当　　□　非該当 | | | | | | | | | | |
| 改良設備 | □浴　室　　□便　所　　□玄　関　　□台　所　　□廊　下  　□天井走行式移動リフト　　□環境制御装置  　□その他（　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改良工事等の総額 | | 円 | | | | | | 所有区分 | | | | □自　家　□借　家 | | | | |
| 工事着手(納入)予定日 | | 年　月　日 | | | | | | 工事完成予定日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 施行業者名 | |  | | | | | | | | | | 電話 | | |  | |
| 施行業者住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり決定してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | 収受　・　・ | |
| 決定区分 | □助成する　　　□助成しない | | | | | | | | | | | | | | 起案　・　・ | |
| 助成限度額 | 円 | | | 階層・自己負担率 | | | | | |  | | | | | 決裁　・　・ | |
| 助成決定額 | 円 | | | 自己負担額 | | | | | | 円 | | | | | 通知　・　・ | |
| 決裁区分 |  | | | | | | 公印使用  承認印 | | | 決定理由 | | |  | | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| ※太枠内のみ記入してください。 |