

第1号様式(表) (第4条関係)

受付年月日	下記の申請について調査の結果、次のとおり決定する。 1 資格要件に該当するので、申請どおり助成する。 2 資格要件に該当しないので、助成しない。	決 定	年 月 日		
			係 員	主 査	課 長

墨田区高齢者自立支援住宅改修助成申請書

年 月 日

墨田区長 へ

次のとおり、墨田区高齢者自立支援住宅改修助成事業による住宅改修費の助成を申請します。

フリガナ		電話番号	
氏 名	Ⓜ	生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日
住 所	墨田区	丁目	番 号
申 請 項 目	予 防 改 修	1 手すりの取付け 2 段差の解消 3 床材の変更 4 扉の取替え 5 洋式便器へ取替え	
	設 備 改 修	1 浴槽の取替え 2 流し台・洗面台の取替え 3 便器の洋式化	
要介護状態 区分	未申請	申請中	非該当 要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 )
住居の所有 形態	自己所有	共有名義	家族所有 借家( 公営・民間 ) その他

住居の所有形態が「自己所有」以外の方は、家屋所有者又は管理人の承諾書や住宅模様換え届等を添付してください。

住宅を新築する場合は、助成の対象とはなりません。

第1号様式(裏) (第4条関係)

**同意書記入欄** (申請者及び同一世帯の成人の方全員が署名・押印してください。)

墨田区高齢者自立支援住宅改修助成の受給資格の審査のため、生活保護の受給の有無、課税状況及び介護保険の要介護認定・給付情報を、墨田区が保有する情報で確認することに同意します。

氏名	続柄	印	氏名	続柄	印
	本人				

申請者が入院中の場合は、記入してください。

退院予定時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃

連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

# 記入例(表)

第1号様式(表) (第4条関係)

受付年月日	下記の申請について調査の結果、次のとおり決定する。 1 資格要件に該当するので、申請どおり助成する。 2 資格要件に該当しないので、助成しない。	決定	年 月 日		
			係 員	主 査	課 長

## 墨田区高齢者自立支援住宅改修助成申請書

年 月 日

墨田区長 あて

次のとおり、墨田区高齢者自立支援住宅改修助成事業による住宅改修費の助成を申請します。

フリガナ	スミダ ハナコ	電話番号	5 6 0 8 1 1 1 1
氏 名	墨田 花子	生年月日	(明治・大正・昭和) 10年 1月 1日
住 所	墨田区 吾妻橋一丁目 23番 20 - 401号 すみだマンション		
申 請 項 目	予 防 改 修	<input checked="" type="checkbox"/> 1 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 2 段差の解消 <input type="checkbox"/> 3 床材の変更 <input type="checkbox"/> 4 扉の取替え <input type="checkbox"/> 5 洋式便器へ取替え	
	設 備 改 修	<input type="checkbox"/> 1 浴槽の取替え <input type="checkbox"/> 2 流し台・洗面台の取替え <input type="checkbox"/> 3 便器の洋式化	
要介護状態区分	<input checked="" type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 非該当
住居の所有形態	<input type="checkbox"/> 自己所有	<input type="checkbox"/> 共有名義	<input type="checkbox"/> 家族所有
	<input type="checkbox"/> 借家(公営・民間)	<input type="checkbox"/> 借家(民間)	<input type="checkbox"/> その他

住居の所有形態が「自己所有」以外の方は、家屋所有者又は管理人の承諾書や住宅模様換え届等を添付してください。

住宅を新築する場合は、助成の対象とはなりません。

# 記入例(裏)

第1号様式(裏) (第4条関係)

**同意書記入欄** (申請者及び同一世帯の成人の方全員が署名・押印してください。)

墨田区高齢者自立支援住宅改修助成の受給資格の審査のため、生活保護の受給の有無、課税状況及び介護保険の要介護認定・給付情報を、墨田区が保有する情報で確認することに同意します。

氏名	続柄	印	氏名	続柄	印
墨田 花子	本人	墨田			
墨田 太郎	夫	墨田			

申請者が入院中の場合は、記入してください。

退院予定時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃

連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_