

介護予防安心住まい改修助成申請書

年 月 日

大山崎町長 様

大山崎町介護予防安心住まい改修助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

なお、交付の審査のため、町が対象者の家族構成、税の情報および介護保険の情報等について確認することに同意します。

申請者	住所	大山崎町 字（大山崎・円明寺・下植野） 小字		
	氏名	印	電話番号	
対象者	住所	大山崎町 字（大山崎・円明寺・下植野） 小字		
	ふりがな		生年月日	年齢 性別
	氏名		（明・大・昭） 年 月 日	歳 男・女
対象住宅の 他の居住者 対象住宅に 同居されている 方全員を記入 して下さい	氏名		生年月日	対象者との関係
			（明・大・昭） 年 月 日	
			（明・大・昭） 年 月 日	
			（明・大・昭） 年 月 日	
対象住宅の所有者				
申請者	対象者	他の居住者		
その他（所有者氏名：		電話番号：		
改修の内容				
手すりの取付け 段差の解消 滑りの防止又は移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 引き戸等への扉の取替え 洋式便所等への便器の取替え その他上記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修 ()				
改修の理由				
着工予定日	年 月 日	施工事業者		
完成予定日	年 月 日	工事見積額	円	

添付書類 工事費見積書 工事費内訳書
 施工前の写真 平面図
 住宅所有者の承諾書（所有者が「その他」の場合のみ）