様式第１号の２表面（第４条関係）

|  |
| --- |
| 豊田市障がい者日常生活用具給付等申請書（住宅改修費）　　年　　月　　日豊田市長　様申請者（対象者が満１８歳未満の場合は保護者）住　　所氏　　名個人番号対象者との続柄（　　　　　　　　　　　　）次のとおり日常生活用具の給付を申請します。なお、自己負担額の算定に必要な場合は、豊田市において市民税等に係る公簿の閲覧（世帯員分を含む。）及び関係機関に対し調査、照会又は閲覧をすることに同意します。 |
| 対象者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 　　　年 　　月 　　日（　　　歳） |
| 個人番号 |  | 電話番号 | （　　　　）　　― |
| 住　　所 |  |
| 身体障がい者手帳番号 | 市･県　第 　　　　　　　号 | 障がい等級 | 級 |
| 障がい名 |  |
| 指定難病名 |  |
| 住宅所有区分 | □持ち家　□借り家 |
| 住宅所有者の承認（所有者が申請者ではない場合） | 上記の助成対象者が、住宅の改修を行うことを承諾します。住宅所有者氏名 |
| 改修工事内容 | ＜屋内＞　　　　　　　　　＜屋外＞１．手すりの取付け　　　　　６．スロープの取付け２．床段差の解消　　　　　　７．手すりの取付け３．床材の変更　　　　　　＜その他＞４．扉（引き戸等）の取替え　（　　　　　　　　　　　　　　　　）５．便器・浴槽・洗面台の取替え・設置・改造 |
| 改　修　箇　所 | １．玄関　２．廊下　３．階段　４．居室　５．トイレ　６．洗面所７．台所　８．屋外　９．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 市 記 入 欄　　　□手帳該当　　□難病該当

|  |  |
| --- | --- |
| 添付確認 | □見積書　□改修前後の見取図　□改修前の写真　□医師の診断書（難病要件） |
| 窓口確認 | □工事前　□入院、入所中ではない |
| □介護保険対象者ではない（◎の種目） |
| 過去の給付状況 | 無　・　有　（工事済額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円） |

（受付者：　　　　　　　　　）　　　（担当：　　　　　　　　　）

様式第１号裏面（第４条関係）

調　　　　　査　　　　　書

注意　太枠内のみ記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世　　　　帯　　　　員　　　　の　　　　状　　　　況 | 氏　　　名（ 個 人 番 号 ） | 続柄 | 市民税課税状況 | 所　得　割　額 | 備　考 |
| （　　　　　　　　　　） | 本　人 | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |
| （　　　　　　　　　　） |  | 課　税非課税 | 円 |  |

※市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 世　帯　区　分 | 生保　　　低所得　　　一般　　　一定所得以上 |
| 負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　 　　　円 |
| 自　己　負　担　額（ １ 割 ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 同月内申請に係る決定済自己負担額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 今回決定自己負担額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |