

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

羽 村 市 長 宛

申請者 住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生
電 話 ()

高齢者自立支援住宅改修給付申請書

高齢者自立支援住宅改修の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

身体及び日常生活の状況			
世帯類型	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他	家屋の所有形態	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 賃貸
介護認定状況	認定結果	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護
	認定年月日	年 月 日	
希望する改修の種目及び内容	住宅改修 予防給付	<input type="checkbox"/> 手すりの取り付け () <input type="checkbox"/> 床の段差解消 () <input type="checkbox"/> 床材の変更 () <input type="checkbox"/> 扉の取り替え () <input type="checkbox"/> 便器の取り替え ()	
	住宅設備 改修給付	<input type="checkbox"/> 浴槽の取り替え <input type="checkbox"/> 流し、洗面台の取り替え (<input type="checkbox"/> 流し <input type="checkbox"/> 洗面台)	
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

申請の内容に関して、羽村市が実地調査及び介護保険等に関する調査を行うことを承諾します。

氏名