

伊達市重度身体障がい者等住宅改修費等給付申請書

年 月 日

(宛名)伊達市健康福祉部長

申請者

住所 伊達市

氏名

印

※対象者との続柄 夫・妻・父・母・その他()

電話番号

次により住宅改修費の給付を申請します。

対象者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号:			
	住所	伊達市		
	手帳番号	身体	年 月 日交付	
障がい名	※手帳の写しの添付があれば記入不要			
給付を希望する理由				
希望する事業所				
該当する所得区分		生活保護 ・ 非課税 ・ 課税Ⅰ ・ 課税Ⅱ		
世帯範囲の特例に関する認定		<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。		
		1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等が障がい者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等の被扶養者となっていない。		
備考				

注意

- この申請書には、今年度分(申請日の属する月が4月から6月の場合は前年度)市町村民税の課税額を証明する資料を添付すること。ただし、下部同意書に記名押印した場合はこの限りではない。
- 裏面に住宅の状況について記入すること。

同意書			
上記申請書の提出にあたり、伊達市が私の住民基本台帳、住民税課税台帳等、調査に必要な公簿を閲覧することに同意します。			
氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印
氏名	印	氏名	印
※世帯全員の同意が必要になります。			

改修工事の内容等について

改修を行う住宅の位置				伊達市			
現在の住まいの状況		1 自宅 2 借家		借家の場合貸主の承諾		1 承諾 2 否(承諾予定日 年 月)	
改修工事内容	1 手すりの取付け 2 床段差の解消 3 床材の変更 4 扉の取り替え 5 便器の取り替え 6 その他()			居宅生活動作補助用具	1 便器 2 手すり 3 スロープ 4 その他()		
住宅改修等が必要な理由							
備考							