

(表)

様式第1号 (第5条関係)

京丹波町介護予防安心住まい推進事業費補助金交付申請書

年 月 日

京丹波町長 様

申請者 住所

氏名 印

電話番号

京丹波町介護予防安心住まい推進事業費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

交付申請額 円

|   |        |  |      |     |
|---|--------|--|------|-----|
| 対象者   | 氏名     |  | 電話番号 |     |
|   | 生年月日   | 年 月 日 ( 歳)   | 性別   | 男・女 |
| 住宅等の状況  | 建築形態   | 1 一戸建て 2 アパート、共同住宅等  |      |     |
|   | 所有者の状況 | 1 自己名義又は同居の家族名義<br>2 別居の家族名義<br>3 第三者の名義 (借家、公営住宅等)<br>4 第三者との共有名義 |      |     |
|   | 所有者名   |  |      |     |
| ※自己名義以外の場合<br>上記対象者の自宅における転倒事故等を防止するため、申請内容のとおり住宅改修を行うことについて承諾します。<br>年 月 日<br>住所 対象者との関係<br>氏名 印 |        |  |      |     |

※添付書類

- 1 施工業者の工事見積書 (明細書)
- 2 工事着工前の該当箇所写真
- 3 平面図等

同意書

京丹波町介護予防安心住まい推進事業補助金の交付を申請するにあたり、私及び私の世帯の課税状況について、京丹波町が確認されることについて同意します。

住所

氏名

印

(裏)

(町記入欄)

| 照合                                     |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| 対 象 者                                  | <input type="checkbox"/> 年齢 歳 (生年月日 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 町民税非課税<br><input type="checkbox"/> 介護保険 (未認定・非該当)                                   |                          |
| 対象者を含む世帯員                              | 氏 名  | 町民税非課税                   |
|  |  | <input type="checkbox"/> |
|  |  | <input type="checkbox"/> |
|  |  | <input type="checkbox"/> |
|  |  | <input type="checkbox"/> |
| 住宅の状況                                  | 所 在 地  | 京丹波町                     |
|  | 所有者名   |                          |
| 補 助 額<br>(見積額と補助対象額が異なる場合は、内訳を作成すること。) | 工事見積額 円<br>補助対象額 円<br>補助額：補助対象額×2/3 = 円 (千円未満切捨)   |                          |
| 添付書類等                                  | <input type="checkbox"/> 施工業者の見積書 (明細書)<br><input type="checkbox"/> 工事着工前写真<br><input type="checkbox"/> 平面図等<br><input type="checkbox"/> 改修承諾書 (自己名義以外の場合) |                          |
| 改修内容                                   | 1 手すりの取り付け<br>2 段差の解消<br>3 滑り防止及び移動の円滑化等のための床材変更<br>4 引き戸等への扉の取り替え<br>5 洋式便器等への取り替え<br>6 1～5の改修に伴い必要となる工事  |                          |