

住宅改造費助成事業 調査票 (令和 年 月申請分)

記入日：令和 年 月 日

申請者 氏名 _____ (歳) 住所 _____

対象者 氏名 _____ (歳) 申請者との関係 _____

改造をする家屋について

○所在地 鹿児島市 _____ (上記住所と同じ場合は不要)

○土地所有者 対象者 ・ その他 () 対象者との関係 _____

○家屋所有者 対象者 ・ その他 () " _____

○建築年 M・T・S・H _____ 年築

○家屋構造 木造 ・ 鉄筋 ・ その他 () _____階建て

○延べ床面積 _____ m² ○敷地面積 _____ m²

(所有・納税者に対して固定資産税納税通知書が毎年5月に送付されていますので、通知書で面積を必ず確認してください。)

介護保険について

○介護保険の住宅改修制度の利用について (○をしてください)

①すでに満額 (20万円) 使用済み ②未使用分があり住宅改造と併用する。

③その他 ()

○対象者が受けている介護保険サービス

●訪問介護 週 ___ 回 入浴・食事・排泄・その他 ()

●通所介護 週 ___ 回 入浴・食事・排泄・その他 ()

●通所リハビリ 週 ___ 回 ●訪問リハビリ 週 ___ 回 ●訪問看護 週 ___ 回

●福祉用具貸与 () ●福祉用具購入 ()

同居する家族について

○対象者以外の同居家族について

独居 ・ 同居者あり 同居する家族の構成 ()

○対象者以外の同居家族が、重度身体障害者又は要支援以上の認定を受けているか。

なし ・ あり ()

対象者について (身体の状態や工事内容について記入ください。)

○歩行状態

【屋内】 自力歩行・杖・手摺り・伝い歩き・歩行器・車椅子・その他 ()

【屋外】 自力歩行・杖・押し車・歩行器・車椅子・その他 ()

○健康状態

【持病】 (病名：)

【病院】 通院中・入院中 (月 日退院予定)

○特記事項

記入者氏名 () 対象者との関係 () 問合せ先 (TEL)