様式第１（第８条第１項関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № |  |  |

令和　　年　　月　　日

**重度身体障害者等住宅改造費助成事業の認定申請書**

（あて先）東大阪市長

申請者 郵便番号　　　　　－

住　　所　東大阪市

　　　　　　　　　　　　世帯主

住宅改修を必要とする対象者　　 　　　　　　（男・女）

電話番号　　（　　　　　）　　　　　－

連絡者　　□本人または家族　□ケアマネージャー　□設計者　□施工業者

□その他（　　　　　　　　　　　）　該当する□にチェックを入れてください。

　　　 郵便番号　　　　　－

住　　所

所属会社または機関名称

代表者

電話番号　　（　　　　　）　　　　　－

担当者

|  |
| --- |
| 受付担当者 |
|  |

標記の助成事業の認定を下記のとおり受けたいので、東大阪市重度身体障害者等住宅改造費助成金交付要綱第８条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１ 助成事業の認定申請額　　　 金　　　　　　　　　　　　　円

助成金額は申請による予定金額を記載してください。

審査により変動することがあります。

２ 工事実施期間 着手予定年月日 令和　　　年　　　月　　　日

完成予定年月日　　　 令和　　　年　　　月　　　日

予定の工事期間を記載してください。

（ただし実際の着工は審査により適正を認定されてからとなります）

なお、本制度利用にあたり下記の件に同意します。

1. 本申請の適正審査および現場確認を第三者機関に検証委託すること
2. 本助成制度の趣旨を理解し第三者機関の指導・アドバイスを尊重すること
3. 上記審査ならびに現場確認の結果、助成金の削減または取り消しを

通告される場合があることを予め了承すること

1. 改造事例として研修会等の資料及び分析するための資料として活用すること
2. 助成対象者の資格の確認を行うこと