様式第１０（第８条第２項関係）

**住宅改造施工事業者届**

令和　　年　　月　　日

（あて先）東大阪市長

東大阪市重度身体障害者等住宅改造費助成制度に関与するにあたり、当事業者概要を下記のとおりお届けします。

なお、本事業に関わるにあたり、本制度のしおり等を遵守します。

　　所在地

事業者名称

代表者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 職種 | □介護サービス事業所[□訪問介護　□福祉用具　□ほか（　　　　　　）]  □設計事務所　　　　　□施工事業者  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ２ | 許認可番号 | ※介護サービス事業所の場合は許認可番号  設計事務所は１・２級の別と登録番号　施工会社は建設業登録番号など　を記載して下さい。 | | |
| ３ | 事業経歴 | □２年未満　□５年未満　□１０年未満　□２０年未満　□２０年以上 | | |
| ４ | 専従者 | □１人　□２～３人　□４～６人　□７～１０人　□１１人以上 | | |
| ５ | 事業規模 | 一般の  住宅改造件数 | 年間　□５件以下　□６～２０件　□２１件以上 | |
| 東大阪市に於ける  R3年度介護保険  住宅改修実績 | 年間　□５件以下　□６～２０件　□２１～４０件  　　　□４１～６０件　　□６１件以上 | |
| 東大阪市に於ける  本制度適用実績 | □過去に実績あり | R 3年度　（　　　　　）件  R 4年度　（　　　　　）件  R 5年度　（　　　　　）件 |
| □実績なし | |

**※本届書は、毎年本制度の初回申請時に、施工を請け負う事業者に提出をお願いします。**

下記にはご記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 案件  No |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |