**住宅改造に係る相談受付票**

相談日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | | | | | | 被保険者番号 | | |  | | |
| 住所等 | 豊岡市　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □要支援( 　) □要介護( 　) □申請中 | | | | 手帳の有無 | | | | □身障手帳( 　)級 □療育手帳( 　)判定 | | | |
| 身体の状況 | |  | | | | | | | | | | | |
| 改造予定内容 | |  | | | | | | | | | | | |
| 改造予定箇所 | | □浴室・洗面所　□便所　□玄関　□廊下・階段　□台所　□居室　□その他 | | | | | | | | | | | |
| 住宅形態 | | □戸建住宅　□集合住宅　□その他 | | | | | | | | | | | |
| 所有形態 | | □持ち家　所有者氏名( 　)　□借家　□その他 | | | | | | | | | | | |
| 建築年月日 | | 年　　月　　日 | | | 他制度の利用の有無 | | | | □介護保険　□障害給付　□無 | | | | |
| 家族の状況 | 氏　名 | | 対象者との続柄 | 生年月日 | | | 所 得 税 | | | | | 市 民 税 | |
| **世帯主** | |  | **. .** | | | 非・課(税額　　　　　円) | | | | | 非・課(税額　　　　　円) | |
|  | |  | **. .** | | | 非・課(税額　　　　　円) | | | | | 非・課(税額　　　　　円) | |
|  | |  | **. .** | | | 非・課(税額　　　　　円) | | | | | 非・課(税額　　　　　円) | |
|  | |  | **. .** | | | 非・課(税額　　　　　円) | | | | | 非・課(税額　　　　　円) | |
|  | |  | **. .** | | | 非・課(税額　　　　　円) | | | | | 非・課(税額　　　　　円) | |
|  | |  | **. .** | | | 非・課(税額　　　　　円) | | | | | 非・課(税額　　　　　円) | |
| 私は、市が対象者要件確認のため、世帯の所得税及び市民税の課税状況について、  関係諸帳簿を閲覧することに同意します。　　　（自署または記名押印）　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 着工予定時期 | | 令和 　年 　月 　日頃　　　　**※未契約、未着工であること** | | | | | | | | | | | |
| ケアマネジャー | | 事業所名　　　 　 　　　 　　（担当者名　　　　　 　　　　　）電話 | | | | | | | | | | | |
| 施工業者 | | 会社名　　　　 　　　 　　（担当者名　　　　 　　　　　　）電話 | | | | | | | | | | | |
| 相談者 | 氏　名 |  | | | | | | | 対象者との続柄 | | | |  |
| 住所等 | 電話 | | | | | | | | | | | |
| 【担当者記載欄】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　訪問日時  ◆過去の介護保険住改、いきいき住改利用：　□無　□有  ◆他の対象者（介護認定のある者）の有無：　□無　□有  ◆介護認定期間（　　　　　　　　～　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |