

4 工事予定期間 着 工 年 月 日 / 完 了 年 月 日

5 改善に要する経費等（各務原市居宅介護（介護予防）住宅改修費及び各務原市高齢者住宅改善助成事業に係る事業者の登録制度取扱要綱に規定する住宅改修改善施工事業者の該当の有無）

経 費 総 額	¥ 円	
施 工 業 者	住 所	
	業 者 名	
	代表者名	
	電話番号	
	住宅改修改善施工事業者	該当・非該当
	住宅改修改善施工事業者番号	

6 助成金の支給方法（支給方法を選択し、○を付けてください。住宅改修改善施工事業者登録が無い場合は、申請者への支給のみとなります。）

支 給 方 法	いずれかに○
申請者への支給	
申請者の委任に基づく住宅改修改善施工事業者への支給 （各務原市居宅介護（介護予防）住宅改修費及び各務原市高齢者住宅改善助成事業に係る事業者の登録制度取扱要綱に基づく代理受領）	

7 資金計画（借入金がある場合は借入れ先を、その他に該当がある場合は具体的内容をそれぞれ備考欄に記入してください。）

区 分	金 額	備 考
各 務 原 市 補 助 金		
自 己 資 金		
借 入 金		
そ の 他		
計		

8 市確認欄

<p>1 対象となる高齢者の状況 <input type="checkbox"/>ランク A <input type="checkbox"/>ランク B <input type="checkbox"/>ランク C <input type="checkbox"/>認知症 身体状況</p> <p>2 住宅の状況</p> <p>3 改善の内容（効果）</p> <p>4 生計中心者の所得の状況 前年の市民税額 費用負担階層区分 <input type="checkbox"/>A助成率 100/100 <input type="checkbox"/>B助成率 80/100 <input type="checkbox"/>C助成率 60/100</p> <p>5 総合意見欄</p>
令和 年 月 日 確認者 職・氏名

