

## 住宅改造（特別型）相談票

フリガナ		性別	生 年 月 日	
対象者氏名		男 女	大正 昭和	年 月 日
住 所 等	〒  電話			
住宅形態	<input type="checkbox"/> 持ち家 所有者氏名 ( )		<input type="checkbox"/> 賃貸住宅	
	<input type="checkbox"/> マンション・集合住宅		<input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> その他	
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
予定改造内容	別添改造工事図面及び見積のとおり			
世帯構成員 (対象者本人を除き、改造住宅に居住する者全員)	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業
受領委任払い	1、希望する		2、希望しない	
提 出 者	居宅介護支援事業者名	電話		
	介護支援専門員氏名			
施工事業者名				
住 所 等	〒  電話			

相談者氏名		対象者との続柄	
住 所 等	〒  電話		

●特記事項（現地調査不能日や連絡先など記入してください）

現地調査不能日	