

介護保険 居宅介護(介護予防)住宅改修支給申請書

フリガナ											
被保険者氏名	保険者番号		苫小牧市		0	1	2	1	3	8	
	被保険者番号		0	0	0	0					
	個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日生				性別		男・女				
住所	〒 電話番号										
住宅の所有者	本人との関係()										
改修の内容	1. 手すりの取付け 2. 段差の解消 3. 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 4. 引き戸等への扉の取替え 5. 洋式便器等への変更 6. 上記の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修 (工事種別ごとの箇所、規模等の詳細は別添工事費内訳書のとおり)						業者名				
							着工日	令和	年	月	日
							完成日	令和	年	月	日
改修費用	円										
苫小牧市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名											

- 添付書類 1. 改修費用領収書及び工事費内訳書
 2. 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類
 3. 完成後の状態が確認できる書類等(完成前後の改修箇所ごとの日付の入った写真等)
 4. 改修を行った住宅所有者の承諾書(住宅の所有者が当該被保険者でない場合)
 5. 受領委任方式申出書兼事前確認書

上記住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

※被保険者本人の口座に限ります。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目 口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金					
					2 当座預金					
					3 その他					
フリガナ										
口座名義人										

※苫小牧市記載欄 (カード確認・職権記載) 支出決定時介護度 支 1・2 介 1・2・3・4・5

改修費用額(保険対象分)	支給済額	支給限度額	給付制限(給付率)	支給額
円	円	円	無・有	円
上記のとおり支給額を決定し、申請者に通知してよろしいか。				受付印
決裁	課長 課長補佐 係長 主査 係 合議			