

## 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支給申請書

被保険者氏名				保険者番号															
フリガナ																			
氏名 氏 名				被保険者番号															
				個人番号															
生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		年 西暦		年		月		日		要介護 度等		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
認定有効期限		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
住所				〒		-		性別				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県						<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村									
				電話番号								-		-					
住宅改修先 住所 <small>※上記住所と異なる 場合のみ記入</small>				〒		-		性別				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県		<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村													
				電話番号								-		-					
住宅の所有者								本人との関係											
改修の内容・ 箇所及び規模				<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止や移動の円滑化等を目的とした床又は 通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 上記住宅改修に付帯して必要となる住宅改修				業者名											
								業者連絡先				-							
								着工日				令和 年 月 日							
								完成日				令和 年 月 日							
改修費用								円											
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由																			
砥部町長 様 前のお通り、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。																			
令和 <input style="width: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px;" type="text"/> 日																			
申請者 住所 氏名				〒		-		電話番号				-							
				印				被保険者との関係											

※裏面にも必要事項を記載してください

代理申請を行う 事業所情報	事業所名称											
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他										
事業所の 電話番号												提出者 氏名

注意 ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書(工事費内訳書)、住宅改修後の写真(撮影日が入ったもので、改修箇所ごと)、改修前・改修後の平面図等(改修内容が分かるもの)を提出してください。  
 ・工事終了後、住宅改修に要した領収書も提出してください。  
 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する											
	金融機関コード	金融機関名			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他				
口座振込 依頼欄	店舗コード	店舗名		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		口座番号						
	ゆうちょ銀行	記号				番号						
	フリガナ											
	口座名義人											