

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号		1	0	5	2	4	7
被保険者名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
住 所	〒 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			業 者 名							
			着工予定日	令和 年 月 日						
			完成予定日	令和 年 月 日						
改修予定額	円									
利用実績の有無	有 ・ 無		要介護度							
認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日									
大 泉 町 長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 電話番号（ ） － 氏 名										

- 注意 ・申請書の別添に、領収証及び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、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。
- ・改修を行った住宅の所有者が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下さい。
- ・要介護度と認定の有効期間は、着工日時点で記入して下さい。
- ・介護保険料に滞納がある場合、現金での支給となります。

居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

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							
	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										

※領収書は原本確認後コピー添付

事務処理欄			
受付日	受付	口座	領収書