

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(償還払い)

フリガナ			保険者番号	4	0	3	4	9	3
被保険者氏名			被保険者番号	3	4	9	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男・女		
要介護度	有効期間: . . . ~ . . .					被保険者区分		1号・2号	
住所	〒811-23 <input type="text"/> <input type="text"/>			粕屋町					
				電話番号 ()					
承認決定年月日	年	月	日	承認決定番号	第 号				
着工日	年	月	日	完成日	年 月 日				
改修の内容・箇所及び規模				施工業者					
				担当者名及び連絡先					
改修費用 (介護保険対象部分の総費用)	円			申請基準額 (上限額 20万円)		改修前支給対象残 (円)			
本人負担額 ※記載不要	円			支給額 ※記載不要		改修後支給対象残 (円)			
粕屋町長 様 年 月 日 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給申請をします。なお、支給申請手続きに関しては、右記申請代行者へ委任します。 申請者(原則として被保険者ご本人) 申請代行者 住所 粕屋町 住所 (所在地) 氏名 氏名 (事業所名) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">(担当者氏名:)</div>									

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	1 普通預金						
	フリガナ								
口座名義人									

(振込先の口座は、原則として被保険者本人の名義のもの)

(添付書類)

- 工事内訳書 工事完了後の写真 領収書原本 委任状(振込先口座名義人が被保険者以外の場合のみ)

(注意事項)

- ① 入所・入院している方は、退所・退院してから支給申請を行ってください。
 ② 写真には、撮影した日付を入れ、承認申請時と共通の改修番号を記し、承認申請時と同じ角度から撮影して下さい。

★粕屋町処理欄(伺書)

起案 年 月 日

上記申請の介護保険住宅改修費を支給してよろしいかお伺いします。

No.	課長	主幹・係長	係	決裁	年 月 日
				入力	年 月 日

(支給予定)

年 月 日
R4.5