様式第２０号

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  被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | |  | | | | |
|  | | |
| 個人番号 | |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 生 | | | 申請時の状況 | | １　在宅　　２　入所・入院中 | | | | |
| 認定有効期間 |  | | | | | | 要介護度等 | | |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者名 |  | | | | | | | 本人との関係（　　　　　　） | | |
| 所有者が本人以外の場合には、別途承諾書が必要です。 | | | | | | |
| 改修の内容・  箇所及び規模  （該当に〇印） | 1　手すりの取り付け  2　段差の解消  3　床又は通路面の材料の変更  4　扉の取り替え  5　便器の取り替え | |  | | 事前申請時（予定） | | | | 完了届提出時 | |
| 着工日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 完成日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 改修費用（税込） | | 円 | | | | 円 | |
| 事業者名 | 所　在　地  名　　　称  担当者氏名 | | | | | 電話番号  電話番号 | | | | |
| （あて先）前橋市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）住宅改修費の支給を申請します。また、この申請に関して現地確認の必要が生じた場合には、調査に応じます。 | | | | | | | | | | |
| 申請者  （被保険者） | 住　所 |  | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | 電話番号 | | | | |

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | 種目 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | |  | | 本店  支店  支所  出張所 | | 普通  ・  当座 | フリガナ |  | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 委　任　状　（被保険者以外に振り込む場合のみ記入）  私は、下記の者を受任者として、介護保険（介護予防）住宅改修費の受領に関する一切の権限を委任します。  　　　 　年　　月　　日 | | | |
| 委任者（被保険者） | | 受任者（口座名義人） | |
| 氏　　名 |  | 氏　　名 | 続柄（　　　） |
| 住　　所 |  | 住　　所 |  |
| 電話番号 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 受付者 | 福祉用具の実績 | 住宅改修の実績 | リセット | 確認事項 | 申請書提出者 |
|  | □ あり  □ なし | □ あり | □ 転　居  □ ３段階 | □ 要介護認定後完了届提出了解済 | □ 住改事業者 |
| □ なし | □ 退所（院）後完了届提出了解済 | □ ケアマネ |
| 残高（　　　　　　　　　　　　　　　円） | □ 限度額／残高超過了解済 | □ その他  ( 　) |
| 支給決定額 | | （　　　　　　　　　　　　　　　円　）　×　０．　　　＝　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 不支給理由 | |  | | |

注1 この申請書に、介護支援専門員等が作成した「住宅改修が必要な理由書」、工事見積書、改修前の写真、住宅改修後の完成予定のわかる物（写真に完成イメージを記入したもの）、平面図を添付してください。

　 2 在宅の要介護者・要支援者が対象となります。