

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○印)	1 手すりの取り付け	着工日	事前申請時(予定)		完了届提出時		
	2 段差の解消		年	月	日	年	月
	3 床又は通路面の材料の変更	完成日	年		月	日	
	4 扉の取り替え		年	月	日	年	月
5 便器の取り替え	改修費用 (税込)	円		円			
事業者名	所在地						
	名称	電話番号					
	担当者氏名	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。							
申請者住所 (被保険者) 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
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 残高( )	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 3段階	<input type="checkbox"/> 要介護認定後完了届提出了解済 <input type="checkbox"/> 退所(院)後完了届提出了解済 <input type="checkbox"/> 限度額/残高超過了解済	<input type="checkbox"/> 住改事業者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 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。

注2 在宅の要介護者・要支援者が対象となります。