

介護保険居宅介護 (予防) 住宅改修費支給申請書

フリガナ			個人番号															
被保険者名氏			保険者番号	聖籠町	1	5	3	0	7	2								
			被保険者番号															
生年月日	年 月 日生		性別	男 ・ 女														
住所の所在地	〒		電話番号															
住所の所有者	被保険者との関係 ()																	
承諾書	※住宅の所有者が当該被保険者でない場合は必ず記入してください。 私は住宅改修を行うことを承諾します。																	
	住所		住宅の所有者															
改修の内容・箇所及び規模			施工業者	所在地														
				氏名称														
				電話番号														
改修費用	円 (住宅改修費支給対象となる改修に係る費用のみ)																	
聖籠町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護 (予防)住宅改修費の支給を申請します。																		
平成 年 月 日																		
住所		申請者																
氏名		電話番号																
		印																

居宅介護(介護)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名	本支店名		種別 1 普通 2 当座 3 その他	口座番号											
	金融機関コード	店舗コード														
	フリガナ															
	口座名義人															
委任状	※被保険者本人以外の口座に振り込む場合は、必ず記入してください。 居宅介護 (予防) 住宅改修費の受領を下記の者に委任します。															
	受任者 住所		平成 年 月 日													
(口座名義人) 氏名		印														
		委任者(被保険者) 印														

町記入欄

添付書類 確認欄	着工前			完了後		
	着工予定日	年 月 日	受付日	着工日	年 月 日	受付日
	<input type="checkbox"/> 見積書 (内訳書) <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> 平面図 <input type="checkbox"/> 着手前写真			完了日	年 月 日	
				<input type="checkbox"/> 完了後写真 <input type="checkbox"/> 領収証		

要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)	支給済金額	円
認定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付対象金額	円
保険料納付状況	未納保険料 (有・無) 滞納保険料 (有・無)	給付金額	円
給付割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割	備考	