

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			被保険者番号	0	0	0																
被保険者氏名	-----		生年月日				年			月			日									
	要介護状態等区分	要支援 : 1・2 要介護 : 1・2・3・4・5	認定期間				年			月		日	～	年		月		日				
住所	〒 沼津市																					
住宅の所有者	電話 被保険者との関係( )																					
工事種別	1 手すりの取付け 2 段差の解消 3 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 4 引き戸等への扉の取替え 5 洋式便器等への便器の取替え 6 その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修		業者名																			
			着工日	令	和										年				月			日
			完成日	令	和											年				月		
改修費用	総工事費用 円																					

沼津市長 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。  
また、居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関する権限を下記の者に委任します。  
(ただし、下記受任者欄に記入・押印がある場合に限る。)

令和 年 月 日

住所

申請者  
(委任者)

電話番号

氏名

受任者 ※受領委任払のみ	住所										
	事業者名										
	代表者氏名										
	電話番号										
	印										

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。<ゆうちょ銀行(郵便局)不可>

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号											
	金融機関コード	支店コード	1 普通預金												
			2 当座預金												
			3 その他												
	フリガナ														
	口座名義人														

※受領委任払の場合は受任者(改修事業者)名義の口座を、償還払の場合は被保険者本人名義の口座を記入して下さい。

注意・この申請書に、領収証の写し、便所、浴室、廊下等の箇所ごとの改修前及び改修後それぞれの写真(撮影日がわかるもの)を添付して下さい。

- ・当該住宅改修を行った被保険者と、住宅の所有者が異なる場合(借家の場合)は、当該住宅改修についての所有者の承諾書が必要です。