

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修支給申請書

被保険者氏名				保険者番号															
フリガナ				被保険者番号															
氏名 氏 名												個人番号							
												生年月日				年 西暦			
<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和								要介護度等 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
認定有効期間		令和		年		月		日		～		令和		年		月		日	
住所				〒				性別				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村															
				電話番号				-				-							
住宅改修先住所 ※上記住所と異なる場合のみ記入				〒				性別				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
				<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村															
				電話番号				-				-							
住宅の所有者				本人との関係															
改修の内容・箇所及び規模 <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止や移動の円滑化等を目的とした床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> 上記住宅改修に付帯して必要となる住宅改修				業者名															
				業者連絡先				-				-							
				着工日				令和		年		月		日					
				完成日				令和		年		月		日					
改修費用				円															
改修予定費用から改修費用で変更があった場合の理由																			
八幡浜市長 前のお通り、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。																			
令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日																			
申請者住所 氏名				〒				電話番号				-				-			
								被保険者との関係											

代理申請を行う 事業所情報	事業所名称						
	事業所種別	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他	
事業所の 電話番号							提出者 氏名

- 注意
- ・この申請書に添えて、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、住宅改修の予定の状態が確認できるもの(写真又は簡単な図面)を提出してください。
 - ・工事終了後、住宅改修に要した領収書も提出してください。
 - ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関コード	金融機関名		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他	
	店舗コード	店舗名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		口座番号			
	ゆうちょ銀行の場合、通帳の備考欄などに記載されている受取口座番号をご記入ください。							
	フリガナ							
	口座名義人							

○被保険者本人名義でない口座を指定する場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委 任 状

年 月 日

八幡浜市長 様

私が八幡浜市より支払いを受ける介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費について、下記の受任者に受領に関する権限を委任します。

委 任 者 (申請者)	住所	
	氏名	
受 任 者 (口座名義人)	住所	
	氏名	続柄

○被保険者死亡による相続申請の場合は、下記の念書欄に必要事項を記入してください。

念 書

年 月 日

八幡浜市長 様

年 月 日 _____ の死亡により、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領について、相続人の中で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、八幡浜市には一切ご迷惑はおかけしません。

相 続 人	住所	
	氏名（自署）	続柄

○申請書に相続人の口座が記入されている場合は記入不要です。

	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	種目	口 座 番 号
金融機関コード	店舗コード		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他	
フリガナ				
口座名義人 (相続人)				

住宅改修に要した費用に係る領収書

領収書貼付欄

(注意事項)

- 1、領収書の宛名は申請者（被保険者）の氏名としてください。（「上様」等では受付できません。）
- 2、領収書は写し（コピー）でもかまいません。ただし、その場合は提出時に原本の確認をさせていただきます。
- 3、介護保険対象工事に加え、介護保険対象外工事を同時に施工した場合、領収書に改修費用の総額を記入してもかまいません。ただし、その場合には内訳書か領収書の但し書きに介護保険対象分の金額を明示してください。

介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請に係る誓約書

年 月 日

住所 _____
誓約者（申請者） _____
氏名 _____

今回、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請を行うにあたり、添付が必要な「改修前の状態を確認できる書類（写真）」を下記理由により提出することができません。

については今回の申請に係る住宅改修が____年__月__日から____年__月__日までの間に、適正に施工されたことを誓約いたします。

なお、誓約内容に虚偽が判明した際には、今回の申請により給付を受けた全額を返還いたします。

記

(理由)

--