介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | ４ | ３ | ４ | ４ | ４ | ９ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 大・昭　　年　　月　　日 | 性　別 | 　　　男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒　　　- 上益城郡甲佐町大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　－ |
| 住宅の所有者 | 　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　） |
| 改修の内容・個所及び規模 |  | 業者名 |  |
| 着工日 | 令和年月日 |
| 完成日 | 令和年月日 |
| 改修費用 | 　　　　　　　　　　　　円　 |
| 　　甲佐町長　　　様　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費の支給を申請します。　令和　　年月日　　　　　住　所　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（）　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　 |

注意・この申請書の裏面に、領収書及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認

　　　められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。

* 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

　添付して下さい。

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替 | 　　　　　銀　　行　　　　　信用金庫　　　　　農　　協 | 　　　　本　店　　　 支店支所　　　　出張所 | 種　目 | 口　座　番　号 |
| 1普通預金2当座預金3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | **コウサ　タロウ** | 保険者番号 |  | ４ | ３ | ４ | ４ | ４ | ９ |
| **甲佐　太郎** |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 生 年 月 日 | 昭　**6**　年　**4**　月　**15**　日 | 性　別 | 　　　男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒**861**－**4696** 上益城郡甲佐町大字　**豊内719-4**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　234－**1111** |
| 住宅の所有者**所有者が被保険者ではない場合は、所有者の承諾書を添付すること。** | 　**甲佐　花子**　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　**子**　　） |
| 改修の内容・個所及び規模 | **・浴室入り口：手すり1本****・玄関あがりかまち：踏み台****・玄関あがりかまち：手すり1本****・居間と台所の敷居：三角ｽﾛｰﾌﾟ****・洋式便器への改修** | 業者名 | **㈱Ｃ建設** |
| 着工日 | 令和**３**年**３**月**１**日 |
| 完成日 | 令和**３**年**３**月**１５**日 |
| 改修費用 | 　　　　　　　　　　　　**50,000**円　**・領収書の金額を記載。****・領収書のあて名は被保険者本人。****・領収書の金額は、内訳書の金額と同じであること。****・領収額に給付外の部分が含まれていても可。その場合は、内訳書により、給付対象と給付対象外の部分が****わかるようにしてあること。** |
| 　甲佐町長　　様　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費の支給を申請します。　令和３年**４**月**１**日**申請者は被保険者本人**　　　　　住　所　**甲佐町豊内719-4**　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　096（**234**）**1111**　　　　　氏　名　**甲佐　太郎**　　　　　　 |

注意・この申請書の裏面に、領収書及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認

　　　められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。

* 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

　添付して下さい。

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替 | 　　　　　銀　　行　　　　　信用金庫　　　　　農　　協 | 　　　　本　店　　　 支店支所　　　　出張所 | 種　目 | 口　座　番　号 |
| 1普通預金2当座預金3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
| **本人口座 又は 現金払い** |

**・　被保険者本人の口座の金融機関情報を記載。**

**・　被保険者が口座をお持ちで無い場合は、「現金払い」と記入。福祉課窓口での現金による支払になる。**

**申請書受領後、約1～3ヶ月後に決定通知を支払月の中旬に郵便又は行政区配達。本人が来られない場合は、委任状をもってきてもらうと代理人でも受け取り可。支払日は原則25日（土日祝の場合は前後あり）。**