

介護保険居宅介護住宅改修費等支給申請書

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。

居宅介護住宅改修費等の支給を受ける方の氏名等を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ				保険者番号	0 8 2 0 1 6							
	氏名				被保険者番号								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			個人番号			
	住所	〒									電話番号 ()		
住宅の所有者の氏名				本人との関係 ()									
改修の内容、箇所及び規模(※1)				施工する者の氏名又は名称(※1)									
				着工予定日			年 月 日						
				着工日(※2)			年 月 日						
				完成日(※2)			年 月 日						
改修費用の見積もり(消費税込)				円									

※1の表示のある事項は、やむを得ない事情がある場合には、住宅改修が完了した後に記入することができます。

※2の表示のある事項は、住宅改修が完了した後に改めて記入していただきます。

(本申請に係る委任)

私(被保険者)は、次の事項について委任します。

- 本申請については、下記の申請者を代理人と定め申請に係る権限(取下げに関する権限を含み、本申請に係る決定通知書の受取りを除く。)を委任すること。
- 本申請に係る保険給付の受領については、下記の口座名義人が受領すること。

被保険者氏名

印

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者	氏名及び印	印		本人との関係	
	住所	〒			
電話番号 ()					

注意 ・この申請書には、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、工事費見積もり書、住宅改修の予定の状況が確認できるもの(写真又は図面(簡易なものでも可)など)を添えてください。

上記の居宅介護住宅改修費等を下記の口座に振り込んでください。

銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	預金種目	金融機関 コード	店 舗 コード	口座番号
		1 普通	2 当座	3 貯蓄	
フリガナ					
口座名義人	(本人との関係) 電話番号 ()				