

介護保険 居宅介護(予防)住宅改修費 支給申請書 (償還払用)

足利市長あて

年 月 日

下記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)住宅改修費を申請します。

フリガナ 申請者 (被保険者)	保険者番号		0	9	2	0	2	3
	被保険者番号							
	個人番号							
	(大・昭 年 月 日生)		性別		男 ・ 女			
住所	〒		—		電話番号 ()			
住宅の所有者	本人との関係 ()		改修費用	円				
改修の箇所・ 内容及び規模	被保険者 負担額		円					
	着工日		年		月		日	
	完成日		年		月		日	
施工事業者	所在地	〒						
	事業者名	電話番号 ()						

- 添付書類 住宅改修が必要な理由書 工事見積書、平面図
 工事前の写真(日付入り) 住宅所有者の承諾書(所有者が本人でない場合)

受取人	振込 先 口座	銀行・農協 信用金庫 労働金庫	本店 支店等 出張所	種目	口座番号			
				1 普通 2 当座				
	フリガナ	口座名義人						

居宅介護(支援)住宅改修費の受領に関する
権限を上記受取人に委任します。 申請者氏名

公金受取口座を利用する (利用する場合は口座振込依頼欄の記入不要)

マイナポータルにて登録した公金受取口座を利用する場合、□にレ印を記入してください。

被保険者本人の公金受取口座のみ利用できます。公金受取口座の変更又は抹消を行った場合は速やかに足利市にご連絡ください。

以下は記入しないでください

令和 年 月 日

上記の申請の改修内容を承認します

但し次の条件を付します

入院入所中のため、退院退所して自宅へ戻ることを前提とします。事後申請は退院退所後に申請すること。

認定の申請中のため、認定されることを前提とします。事後申請は認定されてから申請すること。

工事残額	円
介護認定	申請中、要支援 要介護
認定期間	～
事前申請No.	
整理 No.	
支給決定額	円

在宅確認 (在宅・入院中・入所中)

※ 受領委任登録No.()

※ 退院・退所日 ()