

## 介護保険 居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

(あて先)  
余市町長様

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

被保険者番号		申請年月日	平成 年 月 日
フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
被保険者氏名			
被保険者住所	〒046- 余市町 町 丁目 番地		電話番号 -
住宅所有者氏名		本人との関係	
申請者氏名 (被保険者)	印		
申請者住所	〒046- 余市町 町 丁目 番地		電話番号 -

費目	・居宅介護住宅改修費			・居宅介護予防住宅改修費		
改修の内容・ 箇所及び規模	・工事費内訳書等へ記載 有・無					
改修実施 事業者名		改修予定 費用	円	着工予定 年月日	年 月 日	

注意：この申請書に、居宅介護支援事業者等が作成した住宅改修が必要な理由書、改修箇所の改修前の写真（原則として撮影日のわかるもの）工事費見積書、住宅改修後の完成予定の状態がわかるもの（簡単な図等）を添付してください。  
住宅改修後、改修に要した費用に係る領収書・工事費内訳書・改修後の状態を確認できる写真等（原則として撮影日のわかるもの）を提出してください。  
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提出してください。  
上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄		銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 本所	口座種目	口座番号
	フリガナ			1. 普通 2. 当座 3. その他	
	口座名義人氏名				

※ 上記の申請に基づく居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給額は下記の調書のとおり

審査決定調書					
改修費用	円	着工日	平成 年 月 日	完成日	平成 年 月 日
区分		給付区分	改修費 (A)	給付割合(B)	支給額 (A×B)
1, 一般	滞納保険料 有・無	法定給付分			
		町給付分			
2, 給付額減額 (7割給付)	未納保険料 有・無	合計			
		既支給	支給上限額 (支給限度基準額－既支給額)		
領収書確認	写真等確認	有・無			
		備考			