

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書【償還払い】

フリガナ 被保険者 氏 名					保険者番号						負担割合		割
個人番号					被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日												
住 所	Tel												
改修する住宅	自 宅												
(どちらかに○)	借家等	所有者氏名 () 本人との関係 ()											
該当に○	住宅改修の種類	施工業者名					備 考						
	①手すりの取付け												
	②段差の解消	着 工 日	年	月	日								
	③床材の変更	完 成 日	年	月	日								
	④扉の取替え	領 収 日	年	月	日								
	⑤便器の取替え	改 修 額					円						
杵藤地区広域市町村圏組合管理者 様 上記のとおり住宅改修が完了したので、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給【償還払い】を申請します。 年 月 日 住 所 申請者 (被保険者) 氏 名													印
必要添付書類	・工事費内訳書・完了確認書（改修前後の日付入り写真）・領収証（原本） ・振込先通帳写し												

居宅介護（介護予防）住宅改修費【償還払い】を下記の口座に振り込んでください。

受取 人口 座	金融機関名	支 店 名	店 番 号	種 目
	銀 行 金 庫 信用組合 協同組合	本 店 支 店 出張所 支 所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
	口座番号	フリガナ 口座名義人		

※原則として被保険者本人の口座を記入してください。口座名義人が本人でない場合は委任状が必要です。

保険者使用欄	領収書	<input type="checkbox"/>	給付対象額	円	審査確認	入力確認
	写 真 住宅改修の重複	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	支給決定額	円		

受付番号	
------	--