

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】

フガナ 被保険者 氏 名			保険者番号							負担割合	1割・2割
個人番号			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女					
住 所	〒  Tel										
改修する住宅 (どちらかに○)	自 宅										
	借家等	所有者氏名 ( ) 本人との関係 ( )									
該当に○	住宅改修の種類	改修箇所・規模など			業 者 名						
	①手すりの取付	※内訳書、平面図添付のときは不要			着 工 日	年 月 日					
	②床段差の解消				完 成 日	年 月 日					
	③床材の変更				改 修 費	円					
	④扉の取替				備 考						
	⑤便器の取替										
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 ⑨ Tel											
必要添付書類	・領収証（原本） ・完了確認書（事前及び完了後の写真） ・工事費請求明細書（工事費内訳書） ・平面図等										

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 信用金庫 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 <input type="checkbox"/> 住宅改修の重複 <input type="checkbox"/>	支給決定額	円		

受付番号	
------	--