

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書(事前申請用)

フリガナ		保険者番号		2	4	3	0	3	0
被保険者氏名		被保険者番号	3	0	3	0	0	0	
生年月日	年 月 日	性 別	☐ 男 ・ ☐ 女						
要介護度		有効期間	年 月 日～ 年 月 日						
住 所	〒498-08 電話番号 木曾岬町大字 - -								
住宅の所有者	本人との関係 ()								
改修の内容・ 箇所及び規模	☐ 手すりの取り付け ☐ 段差の解消 ☐ 滑り防止及び移動の円滑化などのため の床または通路面の材料の変更 ☐ 引き戸等への扉の取り替え ☐ 洋式便器等への便器の取り替え ☐ その他		業 者 名						
			着工予定日	令和	年	月	日		
			完成予定日	令和	年	月	日		
			箇所及び規模						
改修費用	金 円								
木曾岬町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 桑名郡木曾岬町大字 氏名 ⑩ 電話番号 - -									

添付書類 ・ 工事内訳書 ・ 撮影日の入った改修前の写真 ・ 工事図面 ・ 理由書（承諾書）

居宅介護(予防)住宅改修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 ☐ 農協 ☐ 信用金庫			支店	種 目	☐ 普通預金 ☐ 当座預金 ☐ その他					
	金融機関コード			店舗コード		口座番号					
	フリガナ										
	口座名義人										
居宅介護支援事業者名				Tel.							

※保険者記入欄（記入しないでください）

算定式	A 支給限度基準額 B 既に支給済の支給対象額総額 C A－B D 今回の支給対象額 E C 又は D の少ないほうの額×90%・80%・70% (小数点切捨て)	円 円 円 円 円	支給決定額
			円

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ		保険者番号					2	4	3	0	3	0
被保険者氏名		被保険者番号	3	0	3	0	0	0				
生年月日	年 月 日	性 別	□男 ・ □女									
住 所	〒498-08 木曾岬町大字						電話番号 - -					
住宅の所有者	本人との関係 ()											
改修の内容・ 箇所及び規模			業 者 名									
			着 工 日		令和 年 月 日							
			完 成 日		令和 年 月 日							
改修費用	金 円											

木曾岬町長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）住宅改修費の支給を申請します。

令和 年 月 日

申請者 住所 桑名郡木曾岬町大字
氏名 ⑩
電話番号 - -

添付書類 ・ 領収書 ・ 工事内訳書(領収書の額と合致したもの) ・ 撮影日の入った改修前と改修後の写真