

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ		保険者番号								
被保険者氏名		被保険者番号								
		個人番号								
住宅改修地住所	〒	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	平成	年	月	日				
		完成日	平成	年	月	日				
改修費用額		円	居宅介護（介護予防）住宅改修費支給限度基準額		200,000円					
口座振込依頼欄 (算定された支給額を右記の口座に振り込んでください)	金融機関名	店名	種目	口座番号						
	銀行・農協 信用金庫 信漁連	本店(所) 支店(所) 出張所	1.普通 2.当座 3.その他							
	金融機関名	通帳記号		通帳番号(右づめで記入)						
	ゆうちょ銀行	1	0	の						
	フリガナ									
	口座名義人									
<p>新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 電話番号 -</p> <p>申請者 氏名 印 続柄 ()</p>								<p>事前申請確認欄</p>		

注意 ・太枠線の中をご記入ください。
 ・この申請書に領収証及び工事費内訳書、改修前後の写真等を添えて提出してください。
 ・口座名義人が被保険者本人と異なる場合は、委任状を添付してください。

保険者記入欄 整理番号()

支給額	円		支給決定年月日	平成	年	月	日
			口座振込予定日	平成	年	月	日 予定
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			要介護度	要支援()・要介護()		
居宅介護（介護予防）支援事業者名				住宅改修上限額	200,000 円		
(前回分までの)改修種類				前回分までの改修額	円		
				今回改修額	円		
事務局長	総務課長	審査	要件確認	書類確認	申請受付	合 議	
						口座振込先金融機関	
						金融機関コード	店舗コード

様式第18号の2 (第21条の2、21条の3関係)