

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<br>被保険者氏名   | 性別<br>男・女   | 保険者番号    |             |   |  |  |
|  |   | 被保険者番号   |             |   |  |  |
| 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日生  | 個人番号     |             |   |  |  |
| 住所   | 〒   |          |             |   |  |  |
| 住宅の所有者   | 本人との関係 ( )  |          |             |   |  |  |
| 改修の内容・<br>個所及び規模   | 業者名   |          |             |   |  |  |
|  | 着工日   | 年        | 月           | 日 |  |  |
|  | 完成日   | 年        | 月           | 日 |  |  |
| 保険対象改修経費①  | 自己負担額②<br>(①×負担割合)<br>※1円未満切り上げ   | 保険支給額①-② |             |   |  |  |
| 円  | 円   | 円        |             |   |  |  |
| <p>我孫子市長 あて<br/>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。<br/>また、この申請に基づく (居宅介護・介護予防) 住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限については、次の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日<br/>住所</p> <p>申請者<br/>(兼受領委任者) 氏名</p> <p>電話番号<br/>印</p> |   |          |             |   |  |  |
| 受取人の住所、事業者名、代表者名及び口座振込先  | 〒   | 住所       | 契約番号        |   |  |  |
|  | 事業者名  | 代表者名     | 電話番号        |   |  |  |
|  | 金融機関  | 銀行       | 支店          |   |  |  |
|  | 口座番号  | 区分       | 1. 普通 2. 当座 |   |  |  |
| フリガナ<br>口座名義人  |   |          |             |   |  |  |
| 指定居宅介護支援事業者等確認欄  | <p>上記の申請については、介護保険法第45条第1項又は第57条第1項に規定する住宅改修に該当すること及び支給の申請手続が適正であることを確認します。</p> <p>住所<br/>事業者名<br/>居宅介護支援専門員氏名</p> <p>印</p> |          |             |   |  |  |

※我孫子市記入欄

|       |       |       |    |
|-------|-------|-------|----|
| 保険対象額 | 本人負担額 | 支給決定額 | 備考 |
|       |       |       |    |

## 注意

保険対象改修経費に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。

### <事前申請時に添付する書類>

- ・介護保険（居宅介護・介護予防）住宅改修費支給申請書
- ・住宅改修が必要な理由書
- ・住宅改修の承諾書（住宅改修を行った住宅の所有者が本人でない場合）
- ・工事費見積書
- ・住宅改修前の状態がわかる写真及び図面（写真は撮影日を入れること）

### <工事完成後に添付する書類>

- ・事前申請時に提出した書類一式
- ・住宅改修に要した費用に係る領収書
- ・工事費内訳書
- ・住宅改修の完成後の状態を確認できる写真又は図面（写真は撮影日を入れること）
- ・委任状（償還払いの給付金を振り込む口座の名義人が本人でない場合のみ）