

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)

受付番号 202

保険者番号	2	8	2	1	6	0	被保険者番号									
フリガナ								生年月日	年 月 日 (和暦で記載してください。)							
被保険者の氏名																
被保険者の住所	〒 ー ー 高砂市							電話番号 ー ー								
改修工事を行う住宅の所有者	上記の被保険者が、介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給申請に係る工事を行うことを承諾します。							住所 電話番号 ー ー 氏名 被保険者との続柄( ) (自署又は記名・押印)								
改修の内容	1. 手すりの取り付け 2. 段差の解消 3. 滑り防止、移動円滑化等のための床又は通路面の材料変更 4. 引き戸等への扉の取り替え 5. 洋式便器等への便器の取り替え 6. その他1~5の各改修工事に付帯して必要な工事															
改修業者名	電話番号: ー ー							改修予定額 円								
工事着工予定日	年 月 日							工事完了予定日 年 月 日								
住宅改修履歴の有無	無・有  「有」の方は 前回の改修以降の市内転居の有無							無・有 [住所異動日: 年 月 日]								
高砂市長様								住宅改造併用の有無 改造併用 有・無								
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。 また、支給される居宅介護(介護予防)住宅改修費については、下記の口座に振り込みを依頼します。								市 受 付 印								
年 月 日																
申請者 (被保険者)	住所		高砂市													
	氏名		自署又は記名・押印													
来庁者氏名 ※この申請書を提出される方		□続柄( ) □ケアマネ □施工業者 電話番号: ー ー														

(注意事項)

- ①住民票の住所地の住宅のみ対象となります。
- ②要介護認定を持っていない方は対象外となります。
- ③入院・入所中の場合、支給申請は退院・退所後に行ってください。
- ④工事承認日より前に改修工事に着工した場合、支給対象外となります。
- ⑤申請時は、この申請書に下記の書類も添付してください。↓  
・「住宅改修(改造)が必要な理由書」、「工事費見積書(工事箇所毎に内容が確認出来るもの)」、「工事箇所の工事着工前写真」、「工事箇所の見取り図」、「介護保険被保険者証の写し(全体が写ったもの)」、「委任状(※振込口座が被保険者以外の場合)」、「資格者証の写し(※理由書作成者が福祉住環境コーディネーター、理学療法士、作業療法士のいずれかの場合)」

口座振込依頼欄	金融機関名	金融機関コード				支店コード			
	預金種別	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	本店 支店 出張所 支所					
1 普通	口座番号								
2 当座	フリガナ								
3 その他	口座名義人								

市処理欄<この欄は記入しないでください。>

要介護度	要支援( ) / 要介護( )	上記の申請に基づき、住宅改修工事を承認してよろしいか。	
認定有効期間	~	年 月 日	
住宅改修履歴	無 有 (工事金額: 円)	課長	係長
限度額リセット	介護度リセット 転居リセット	担当	受付者
改修区分	1・2・3・4・5・6	システム特記入力	
工事承認日	年 月 日	上記の申請について、改修工事完了後に必要書類の提出がありましたので、住宅改修費の支給を承認してよろしいか。	
支給申請日	年 月 日	課長	係長
支給限度額	円	担当	システム登録
申請対象額	円	整理番号	
支給対象額	円	□承認 □非承認	
負担割合	割 負担割合変更: 有 無	支給決定額 円	
支給額	円	支給区分	
支給後限度額	円	予防・介護	