

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（事後一括）

フリガナ		保険者番号		0	2	2	0	6	1
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 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	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け（ ）	事業者							
	<input type="checkbox"/> 段差の解消（ ）								
	<input type="checkbox"/> 床材の変更（ ）								
	<input type="checkbox"/> 扉の取替え（ ）	着工日	年 月 日						
	<input type="checkbox"/> 洋式便器等への取替え（ ）	完成日	年 月 日						
	<input type="checkbox"/> その他（ ）								
改修費用	円								
十和田市長 様 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。 年 月 日 住 所 申 請 者 氏 名 印 電話番号 —									

注意 ・この申請書に、事前申請できなかった理由を記した書面、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事内訳書、カタログのコピー、領収証、動線を記載した図面、改修前並びに改修後の状態が確認できる図面、改修前並びに改修後の写真（撮影日付）を添付してください。  
 ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も添付して下さい。  
 ・振込口座は、被保険者本人の口座としてください。なお、代理の方（夫、妻、その他親族等）の口座に振込を希望される場合は、事前相談時にお知らせください。

\* 振込口座（受領委任払いを希望する場合は、記入不要です）

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協			本店	支店	口座種別	1 普通
金融機関コード				店舗コード			2 当座
フリガナ	口座番号						
口座名義人							3 その他

課長	補佐	係長	係	上記の者について、下記のとおり支給してよろしいか。	決定年月日
					支給年月日
要介護認定日 年 月 日	認定期間 年 月 日～ 年 月 日			要介護度 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
住宅改修費用額（A）	円	×	0.7	*（C）が200,000円以下の場合	
支給済住宅改修費用額（B）	円	×	0.8	円	
計（C）（（A）+（B））	円		0.9	*（C）が200,000円を超える場合	
				（200,000円－（B））× 0.7	
				0.8	
				0.9	
				= 円	
				支給決定額 円	

