**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 | | |  | | | | 0 | 2 | 2 | 0 | 6 | 1 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | □手すりの取付け（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □段差の解消（　　　　　　　　　　）  □床材の変更（　　　　　　　　　　）  □扉の取替え（　　　　　　　　　　）  □洋式便器等への取替え（　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　） | 事 業 者 |  | | | | | | | | | | | |
| 着工予定日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 完成予定日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 予定改修費用 | 円 | 過去の改修 | | あり　・　なし | | | | | | | | | | |
| 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。  　なお、改修が完了しだい改修費用発生の事実に係る追加書類を提出します。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　 住　所  　　申請者  　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・本申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事見積書・カタログのコピー、動線図、改修前及び改修後の状態が確認できる図面、改修前の写真（撮影日付）等を添付してください。

　　　・改修を行う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。

　　　・受領委任払いを希望する場合は、住宅改修費受領委任払い承認申請書（兼同意書）も添付して下さい。

・本申請書提出時における予定改修費用は、提出時において工事完了後の改修費用を決定する（当該費用

に係る給付を確約する）ものではないことに留意してください。

・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、委任状が必要となります。

＊ 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  2 当 座  3 その他 | | |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  | |  | |  | |
| フリガナ |  | | | | | 口　座　番　号 | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 補　佐 | | 係　長 | | 係 | 令和　　年　　月　　日  上記の者について、住宅改修の内容が保険給付として、適当　不適当　と確認した旨、通知してよろしいか。 | | | | |
|  |  | |  | |  |
| 要介護認定日  令和　 年　 月　 日 | | | | 認定期間 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 | | | | | | 要介護度  要支援 １ ２  要介護 １ ２ ３ ４ ５ |
| 負担割合 | | １割・２割・３割 | | | 給付制限 | | あり・なし | 改修履歴 | なし・あり（　　　　　　） | |
| 支給限度  基準額 | | □支給限度基準額以内（残　　　　　　円）  □支給限度基準額超過（残　　　　　　円） | | | | | | リセット対象 | □３段階  （初回改修時介護度　　　）  □転居 | |
| 備考 | |  | | | | | | | | |