

**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		3	3	2	1	2	2
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒 瀬戸内市		電話番号						
住宅の所有者	本人との関係（ ）								
担当介護支援専門員	指定居宅介護支援事業者 介護支援専門員 氏名								
改修の内容及び規模	業者名								
	着工日		年 月 日						
	完成日		年 月 日						
改修費用	介護保険申請額								

瀬戸内市長 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

申請者 住所 瀬戸内市

氏名

印

電話番号

（注意） この申請書の裏面に、領収証及び介護支援専門員等が作製した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等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、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ								
	口座名義人								

※市記入欄	介護度	負担割合	限度額	支給対象額	支給予定額	事前申請確認日	事前申請受付
	要介護	割	円	円	円	・	・
	要支援	参事	課長補佐	係長	係内合議		
	課長						