償還払い用

**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 | **0** | **9** | **2** | **0** | **4** | **9** |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　 　月　　 日生 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住宅の所有者 | 　本人・その他　　（氏名及び本人との関係　氏名　　　　　　　　　　　　・関係　　　　　　　　　　） |
| 改修の内容・個所及び規模 |  | 業　者　名 |  |
| 着　工　日 | 　年 　 　月　 　日 |
| 完　成　日 | 　年　 　 月　　 日 |
| 改修費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | （内訳）介護保険対象分　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 介護保険対象外分　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 佐　野　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　当該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を下欄の受取人に委任します。申請者　　　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (兼受領委任者)　　　　　　　　　　　　　 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 印　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受取人の住所、氏名及び本人との関係 | 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係　　　　　　　 　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注意　＊申請書には、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記入し、領収証及び完成前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ください。

居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 金融機関名 | 本・支店名等 | 種　　目 | 口　　座　　番　　号 |
|  |  | １普通貯金２当座預金３そ の 他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

**（裏面）**

|  |
| --- |
| 領収書貼付欄 |