

住改

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費給付状況確認申請書

(宛 先) 旭 川 市 長

年 月 日

(記入者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

介護保険法第４５条第１項に規定する「居宅介護住宅改修費」及び同法第５７条第１項に規定する「介護予防住宅改修費」に係る保険給付に関し、確認日現在における給付状況の確認について次のとおり申請します。

被保険者番号	0	0	0								
フリガナ											
被保険者氏名											
要介護状態区分等（○で囲む）	要支援（ 1 2 ） ・ 要介護（ 1 2 3 4 5 ）										
住 所	〒 電話（ ） －										
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日										
改修する住宅の所在地	旭川市										

<被保険者本人以外への結果通知を希望する場合のみ御記入ください>

記入日	年	月	日
被保険者氏名			
結果通知書については次の者に送付してください。			
送付先住所 宛名	〒	—	

旭川市記入欄

確 認 日	年	月	日				
要介護状態区分	要支援 ()	要介護 ()	認定有効期間	年	月	日	～ 年 月 日
備 考							
給付履歴							
①	年 月 日 申請	要介護度 支・介	リセット 該当 ・ 非該当	決定 ・ 未決定			
	改修住所		工事費用額 円	支給可能限度額 円			
②	年 月 日 申請	要介護度 支・介	リセット 該当 ・ 非該当	決定 ・ 未決定			
	改修住所		工事費用額 円	支給可能限度額 円			
③	年 月 日 申請	要介護度 支・介	リセット 該当 ・ 非該当	決定 ・ 未決定			
	改修住所		工事費用額 円	支給可能限度額 円			
④	年 月 日 申請	要介護度 支・介	リセット 該当 ・ 非該当	決定 ・ 未決定			
	改修住所		工事費用額 円	支給可能限度額 円			
⑤	年 月 日 申請	要介護度 支・介	リセット 該当 ・ 非該当	決定 ・ 未決定			
	改修住所		工事費用額 円	支給可能限度額 円			
⑥	年 月 日 申請	要介護度 支・介	リセット 該当 ・ 非該当	決定 ・ 未決定			
	改修住所		工事費用額 円	支給可能限度額 円			