

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

(記入者) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

被保険者との関係 _____

年 月 日

(宛先) 旭 川 市 長

次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。

(太枠内を記入してください)

(No.)

被 保 険 者 番 号											
フリガナ											
被保険者(申請者)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										
改修する住宅の所有者	本人との関係										
改修の内容・箇所及び規模	業者名										
	着工日	年	月	日	完成日	年	月	日			
	1 手すり取付け	居室	玄関	廊下	トイレ	浴室	階段	その他()			
	2 段差の解消	居室	玄関	廊下	トイレ	浴室	階段	その他()			
	3 床材等の変更	居室	玄関	廊下	トイレ	浴室	階段	その他()			
	4 扉の取替え等	居室	玄関	廊下	トイレ	浴室	階段	その他()			
	5 便器の取替え等	トイレ				1～5に付帯する工事		あり ・ なし			
1～5の改修に要する費用(税込)										円	
今回の改修工事に要する全体の費用(税込)										円	
※決定金額					円	決定日					
振込口座 ※振込口座は必ず被保険者本人の口座をご記入ください。本人以外の場合は委任状が必要です。	フリガナ										
	口座名義人(被保険者本人)										
	銀行 信用金庫 信用組合 農 協					本店 支店 本所 支所		口座番号(右づめでご記入ください)			
	金融機関コード					店舗コード			種類	1 普通	2 当座
										3 その他()	
(備考) 要介護状態区分等(支1 支2 要1 2 3 4 5) 認定有効期間										年 月 日～ 年 月 日	

- * 添付書類:
- ① 「工事費積算書」(改修業者の押印必要。材料費と施工費の区分があるもの。)
 - ② 「平面図」(改修に係るフロア全体。改修箇所の表示。)
 - ③ 「改修箇所の写真」(周囲の状況を入れて撮影日を入れ込んだ写真。改修箇所の表示。)
 - ④ 「住宅改修を必要とする理由書」(担当ケアマネジャーに作成を依頼してください。)

* 住宅の所有者が被保険者本人以外の場合は、裏面の「承諾書」に所有者の記入・押印が必要です。 給付制限 有・無

承 諾 書

私の所有する家屋について「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり住宅改修を行うことを承諾します。

年 月 日

(住宅所有者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号() _____

※所有者が複数いる場合は、全員の記名押印が必要です。

