

介護保険住宅改修費支給申請書(償還払い用)

フリガナ	○○ ○○	被保険者番号	0	0	0	0	○	○	○	○	○	○
被保険者氏名	○○ ○○	個人番号										
生年月日	明治・大正 昭利 ○○年 ○○月 ○○日生	性別	男 ・ 女									
住所	〒 190 - 0015 立川市泉町○○-○○-○○ 電話番号 042 - ○○○ - ○○○○											
住宅の所有者	○○ ○○	本人との関係	夫									
改修工事の種類 <small>※該当する項目に ☑してください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け	施工業者名	(株)○○リフォームセンター									
	<input type="checkbox"/> 段差の解消	着工予定日	令和 ○○年 ○○月 ○○日									
	<input type="checkbox"/> 滑り防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更	完成予定日	令和 ○○年 ○○月 ○○日									
改修工事の箇所・規模	玄関・浴室・リビングに手すり取付け(3か所)											
改修予定費用	180,000 円 (税込)	改修費用 (完了時に市が記入)	円 (税込)									
申請時の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所中	施設名 ()										
事前承認の電話連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 改修業者 <input type="checkbox"/> その他() 電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○											
立川市長 殿		申請者は「被保険者様」です。 代理人様やご記入者(代筆者)様ではありません。										
上記のとおり必要書類を添えて、介護保険住宅改修費申請書		令和 ○○年 ○○月 ○○日										
申請者 (被保険者)	住所	立川市泉町○○-○○-○○ ○○アパート ○○号室										
	氏名	○○ ○○ 印										
※申請者氏名が署名である場合は、押印は不要です												

介護保険住宅改修費を下記の口座に振り込んでください(被保険者本人以外の口座となる場合は委任状の添付が必要になります)。

口座振込 依頼欄	金融機関名		本・支店名	種別	口座番号								
	○○○	銀行 信用金庫 信用組合 農業共同組合	○○支店	普通 当座	○	○	○	○	○	○	○	○	
	フリガナ		○○○○ ○○○○										
	口座名義人		○○ ○○										

- ・ 申請書には、住宅改修が必要な理由書、工事費見積書(内訳書)、図面、改修前の写真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又は配偶者以外の場合は、所有者の承諾書も添付してください。
- ・ 審査の必要に応じて別途カタログや参考書類の提出をお願いする場合があります。

市 記 入 欄	事前審査		事後審査		改修費用総額	円	受付印	
	認定区分		給付制限	有・無	介護保険対象額	円		
	負担割合	割			既保険給付額	円		
	備考欄 (承認連絡)					保険給付対象額		円
						保険給付額(決定額)		円