様式第12号(第19条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書【償還払・受領委任払兼用】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 保険者番号 | | |  | | | | | | | | 2 | | | 8 | | | 2 | | | 0 | | | 8 | | | 7 | | |
| 被保険者氏名 | |  | 被保険者番号 | | | 2 | | 0 | | 8 | | 0 | | | 0 | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 要介護度 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 完成日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)相生市長  　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給について  （　償還払・受領委任払　）にて申請します。  　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所  氏名 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・この申請書に、領収証及び住宅改修が必要な理由書、工事見積書、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。受領委任払の場合は、受領委任払に係る委任状も添付して下さい。

　　　・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。（所有者が同一世帯の方の場合は不要です。）

　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下さい。

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

【受領委任払時確認】

|  |  |
| --- | --- |
| 申請時入院等の有無 | □なし　□医療機関入院中　　　退院（予定）日：　　　年　　月　　日  　　　　□介護保険施設入所中　退所（予定）日：　　　年　　月　　日 |
| 在宅  確認 | 退院（退所）日確認：　　年　　月　　日 |