

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給（変更）申請書

フリガナ		保険者番号	2 8 5 8 6 6			
被保険者氏名		被保険者番号				
		個人番号				
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女			
住所						

改修する住宅の所有者氏名 (被保険者本人の場合は記入不要)					
----------------------------------	--	--	--	--	--

改修の内容・箇所及び規模 (変更の内容)		改修業者名 又は施工者名			
		着工予定日	令和 年 月 日		

改修費用	円				
------	---	--	--	--	--

新温泉町長様

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（変更）申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名
(被保険者本人) 電話番号 () -

- 添付書類
- ・ 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書
 - ・ 住宅改修の内容及び金額が確認できる見積書及び内訳書
 - ・ 改修前後の状態が確認できる図面
 - ・ 住宅改修場所の状態が確認できる工事前の写真（撮影日が分かるもの）
 - ・ 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

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。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号	
	信用金庫	支店	1 普通		
	農協	出張所	2 当座		
	信漁連		3 その他		
	フリガナ				
	口座名義人				

委任状 ※口座名義が被保険者本人以外の場合のみ記入してください。
介護保険住宅改修費支給申請にかかる給付費の受領に関する権限を下記の者に委任します。

委任者（被保険者本人）	氏名	Ⓜ
-------------	----	---

受任者（口座名義人）	住所	電話 () -		
	氏名		被保険者との続柄	

※この申請書に記載いただいた特定個人情報（新温泉町個人情報保護条例第2条第3号に規定する特定個人情報という。）は、介護保険に係る事務に利用します。