

※必ず工事前に申請書を提出して下さい。

収 受 印	事 前		完 成	
-------------	--------	--	--------	--

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書（償還払）

フリガナ			保険者番号	2 8 2 1 5 2			
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	高齢者住宅改造助成（特別型）併用		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
資格	<input type="checkbox"/> 1号・ <input type="checkbox"/> 2号	要介護度			有効期間	～	
住所	〒 _____ 三木市 _____ 電話番号 () _____						
住宅の所有者	氏名	本人との関係 ()		※住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書を添付してください。			
請負業者			着工日	令和	年	月	日
改修の内容・箇所及び規模			完成日	令和	年	月	日
			支払日	令和	年	月	日
改修費用	工事にかかった費用の総額		介護保険の支給対象となる住宅改修費用	既に介護保険の給付を受けた住宅改修費用			
	円		円	円			
	予定給付額			高齢者住宅改造助成予定支給額			
		円		円			
(あて先) 三木市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 〒 _____ 申請者 住所 _____ (被保険者) 氏名 _____ ⑤ 電話番号 () _____							

(備考) この用紙には被保険者名義の領収証及び介護支援専門員が作製した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類及び完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。

居宅介護（予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

被保険者以外の口座への振込を希望する場合は、委任状を必ず記入してください。				委任状の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
口座振込依頼欄	金融機関名	本支店名	種目	口座番号(右づめ)		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 貯蓄			
	フリガナ					
	口座名義人					

市記入欄

保険料収納等状況	生活保護状況	申請来庁者氏名	支給履歴	事前・完成訪問
<input type="checkbox"/> 滞納無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他 { _____ }	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 前後
支給決定額	決 裁 欄	課 員		グループ長
				課 長