

様式第14号(第17条の2関係)

※必ず工事前に申請書、添付書類を提出し、審査を受けてください。

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	三木市高齢者等住宅改修助成事業併用			<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。				
施工業者			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	工事費用の見積額		工事後の請求額			既に介護保険の給付を受けた住宅改修費用			
	円		円			円			
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 _____ 電話番号 ( ) _____									

(備考)この申請書に介護支援専門員が作成した住宅改修が必要な理由書及び見積書、図面、現況が分かる写真(撮影日が入ったもの)等を添付してください。完了後に請求書、領収書、完成後の写真(撮影日が入ったもの)等を提出してください。

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	申請書提出者氏名	支給履歴	現地確認	
<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 事前 <input type="checkbox"/> 有 事後	
支給対象額	左記の上限		支給決定額(負担割合 割)		
円	円		円		
決 裁 欄	起案	課内合議		係長	課長