

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|----------|---|----|----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 ー | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 被保険者との関係() | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容 | <input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの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 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え | | 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 受領委任登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 着工(予定)日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | |
| | | | 完成(予定)日 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | |
| 改修費用総額 | 円 | | 負担割合 | | 割 | | | | | | | | | | | | | | |
| 宇治市長 あて 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申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 被保険者との続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意 ■事前申請の際には、申請書に加えて、工事費見積書・介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書・施工前の状態が確認できる書類等を添付してください ■改修を行った住宅の所有者が当該被保険者又は3親等以内の親族でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。 ■申請者欄の住所・氏名については、署名が必要です。

【支払方法】

- 受領委任払いとします。(受領委任登録番号を取得された事業所に限り、委任状が必要となります。)
- 償還払いとして、公金受取口座を利用します。
- 償還払いとして、居宅介護(支援)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------|--|-----------------|--|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振込 依頼欄 | 銀行・信金 農協・信組 | | 本店 支店 出張所 | | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | | 店舗コード | | 1普通預金 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 2当座預金 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※償還払いのみ、口座振込依頼欄を記入ください。

※原則として被保険者本人の口座をご記入ください。(被保険者本人以外の口座となる場合は委任状が必要です)

市記入欄

| 受付印 | 受付者 | 確認欄 | | 審査欄 | | | |
|-----|-----|--------|-------|------------------------|-------------|--|--|
| | | 生活保護 | 有・無 | □実績なし □実績あり | 入力番号 | | |
| | | 給付制限 | 有・無 | | | | |
| | | 要介護認定 | 無・有 | _____円申請済 _____円支給済 | 支給限度 見込額 | | |
| | | 事業者登録 | 無・有 | | | | |
| | | 入院(所)中 | 入院・在宅 | 初回住所地 | 支給決定 見込額 | | |
| | | 負担割合 | 割 | 初回介護度 | | | |