

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 番 号								
被 保 険 者 氏 名						個 人 番 号								
生 年 月 日	明.大.昭 年 月 日													
住 所	〒 鯖江市 (電話番号)													
現在の要介護状態の区分等	要介護区分 1 2 3 4 5					要支援区分 1 2								
	有効期間 年 月 日から 年 月 日													
住宅所有者住所・氏名	本人との関係()													
改 修 の 内 容 ・ 箇 所 お よ び 規 模						業者名								
						着工日	年 月 日							
						完成日	年 月 日							
改 修 費 用	円													
鯖江市長 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申請します。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 (電話番号)														
口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号								
					1 普通 2 当座									
	フリガナ													
	口座名義人													
添付書類 ① 請求書、工事内訳書 ② 領収書の原本 ③ 日付の入った住宅改修完成後の写真 ④ 委任状（本人の口座以外に振込の場合）														

※保険給付額の算定(申請者は記入しないこと。)

①支給要件	☐ 初回 ☐ 住宅改修費支給に係る住宅からの転居 ☐ 介護の必要度が著しく高くなった場合の特例該当 ☐ 以前に支給した住宅改修費が限度額に満たなかった場合				負担割合 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
					給付制限 ☐ 無 ☐ 有
②今回支給可能基準額	円	現住宅の過去住宅改修費	年 月 日着工	支給額 円	支給額 (④×0.9・0.8・0.7) 円
③住宅改修費対象経費	円	住宅改修費用総額		円	
④支給基本額	円	住宅改修費対象外経費		円	
審査	係	《特記事項》			