

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                                    |                      | 保険者番号  |          |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                  |                      | 被保険者番号 |          |  |  |  |  |  |  |
| 改修費用                                    | ※介護保険対象部分のみ<br><br>円 | 着工日    | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |
|                                         |                      | 完成日    | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 由利本荘市長 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。 |                      |        |          |  |  |  |  |  |  |
| 令和 年 月 日                                |                      |        |          |  |  |  |  |  |  |
| 住所                                      |                      |        |          |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 電話番号 ( )                            |                      |        |          |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                                      |                      |        |          |  |  |  |  |  |  |

注意・この申請書に領収証、工事内訳書、完成後の状態が確認できる書類等を添付してください。

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ください。

|             |       |        |         |  |  |  |
|-------------|-------|--------|---------|--|--|--|
| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行    | 種 目    | 口 座 番 号 |  |  |  |
|             | 信用金庫  | 1 普通預金 |         |  |  |  |
|             | 信用組合  | 2 当座預金 |         |  |  |  |
|             | 農 協   |        |         |  |  |  |
|             | 本店（所） | フリガナ   |         |  |  |  |
|             | 支店（所） | 口座名義人  |         |  |  |  |
|             | 出張所   |        |         |  |  |  |

※被保険者と口座名義人が異なる場合は、下記、委任状に記載してください。

委 任 状

|                                                                   |             |          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 上記の受領を右代理人に委任します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>（委任を依頼した者の氏名）<br><br>氏 名 | 代<br>理<br>人 | 郵便番号     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                   |             | フリガナ     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                   |             | 住 所      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                   |             | フリガナ     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                   |             | 氏 名      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                   |             | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |

これより下は記入しないでください

|      |      |     |     |     |     |  |
|------|------|-----|-----|-----|-----|--|
| 課 長  | 課長補佐 | 班 長 | 班 員 |     | 受付印 |  |
|      |      |     |     |     |     |  |
| 添付書類 | 現地確認 | 入 力 | 審 査 | 通 知 |     |  |
|      |      |     |     |     |     |  |