

介護保険 [居宅介護]
[介護予防] 住宅改修費支給申請（請求）書

公費負担決定額（振込額） ※ 円

南伊豆町長 様

次のとおり申請します。

申請日	年 月 日
請求日	年 月 日
事前承認日	年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ				
	被保険者氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日	
		性別	男	・ 女	
住 所	〒 電話番号				
住宅の所有者	被保険者との関係（ ）				
改 修 の 内 容 箇 所 及 び 規 模	施工者名				
	着工日		年 月 日		
	完成日		年 月 日		
改修費用	円	自己負担	※ 円	差 引 公費負担	※ 円

請 求 者	氏 名	⑤ 被保険者 との関係
	住 所	〒 電話番号

振 込 口 座	金融機関名	金融機関コード	口座番号	
	支店名	支店コード		
	フリガナ			口座種別
	口座名義人			
				1 普通預金
				2 当座預金
				3 その他

(注)

- この申請書に領収書、介護支援専門員が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、住宅改修を施す前と完成後の状態を確認することができる写真等を添付して下さい。
- 改修を行った住宅の所有者が被保険者本人でない場合は、所有者の承諾書を添付して下さい。
- ※印の欄については記入しないで下さい。