|  |
| --- |
| 介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書　　　　　 |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　　　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 　 |
| 被保険者番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明 ･ 大 ･ 昭　 　 年　　 月 　　日生 | 性　別 | 男・女 |
| 住　　　所 | 〒石垣市　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　 |
| 住宅の所有者 | 本人との関係(　　　　) |
| 改修の内容・箇所及び規模 | 　 | 業者名 | 　 |
| 着工日 | 　　 年　　月　　日 |
| 完成日 | 　　 年　　月　　日 |
| 改 修 費 用 | 　　　　円 |
| 　　石垣市長　　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。　　　　　　　年　　月　　日　　　　申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　注意 ・この申請書の裏面に、領収証及び介護支援専門員等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、完成前後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（所有者が同居家族の場合は不要です）。　　　 ・改修費用欄は改修が完了した後に記入してください。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。 |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 | 　 |
|  |  | ・普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人(被保険者) | 　 |
| 　 |
|  |

※改修を行う住宅の所有者が同居家族の場合、この承諾書は不要です。

　　年　　月　　日

住 宅 改 修 の 承 諾 書

　　　　　　　　　　　（住宅所有者）

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　私は、下記表示の住宅に、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が

　別紙「介護保険住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行うことを承諾いたします。

　　住宅改修を行う住宅（所在地）

　　　石 垣 市