

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

保険者番号	3	5	2	0	7	0	被保険者番号										
ふりがな							生年月日	明・大・昭	年	月	日						
被保険者氏名							性別	男	・	女							
住所													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	令和	年	月	日						
							完成日	令和	年	月	日						
改修費用	円																
下松市長様 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 氏名 電話番号																	

注意・この申請書の裏面に介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書、工事費見積書、完成予定の状態が確認できる書類等（改修箇所ごとの改修前の写真、原則として撮影日がわかるもの及び完成予定図）及び住宅の所有者の承諾書（住宅改修を行った住宅の所有者が当該利用者でない場合）を添付してください。

・住宅改修完成后、住宅改修完成届出書、領収証、工事費内訳書及び完成後の状態を確認できる書類（改修箇所ごとの改修後の写真、原則として撮影日がわかるもの）を提出してください。

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。

口座振替 依頼欄	銀行 金庫 組合	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 その他			
	フリガナ 口座名義人					

決裁	課長	補佐	係長	係員

要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5
有効期間		年	月
		日	から
		年	月
		日	まで
住宅改修費支給実績	なし・あり		
金額	円		
支給決定金額	円		