

(受付印)

# 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

□ 太枠の中の各欄にご記入ください。

フリガナ													
被保険者氏名	被保険者番号												
	個人番号												
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別			男・女					
住所	〒 徳島県												
住宅の所有者	本人との続柄（ ）				業者名								
着工予定日	令和	年	月	日	完成予定日			令和	年	月	日		
改修予定費用総額	円				着工予定日時点での要介護度と認定有効期間	要支援		要介護					
上記総額のうち介護保険対象分費用	円					令和	年	月	日	から	令和	年	月
改修の内容 及び箇所	内 容				箇 所								
	(1) 手すりの取付け												
	(2) 段差の解消												
	(3) 床又は通路面の材料の変更												
	(4) 扉の取替え												
(5) 洋式便器等への取替え													
みよし広域連合長 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 氏名 電話（ ） -					申請書の提出者（本人提出の場合は不要です） <input type="checkbox"/> 家族（続柄） <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所（地域包括支援センター） <input type="checkbox"/> その他（） 住所又は所在地 氏名又は名称 電話（ ） -								

### ※添付書類

- ① 被保険者証 ②住宅改修が必要な理由書 ③ 工事見積書 ④ 改修前の写真 ⑤ 見取り図 ⑥ 承諾書

保 険 者 記 入 欄			
① 過去の対象費用総額	円	介護保険制度利用での過去の改修履歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
② 限度額（20万-①）	円	過去の改修箇所との重複	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
③ 今回の改修予定費用総額のうち保険給付対象額	円	承諾書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
④ 支給対象額（予定） （②③のうち少ない額）	円	備考	