

介護保険 居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(償還払い用)

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年	月	日生	性別	男・女				
住 所	〒								
住宅の所有者	本人との関係()								
改修の内容・ 箇所及び規模	※ 様式第2号別紙の 写しを添付のこと		着工日						
			完成日						
改修費用 (介護保険対象分)	円		現在までの 改修状況	有 ・ 無					
理由書作成者名 及び事業所名									
福岡県介護保険広域連合長 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。 年 月 日 住所 申請者 (本人) 氏名 電話番号 届出者 氏名 電話番号 (本人との関係:)									

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。

受 取 人 口座振込 依 頼 欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労 金	支 店 支 所	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通						
			2 当座						
	口座名義カナ								

福岡県介護保険広域連合(市町村) 記入欄

前回までの改修金額	今回の改修金額	今回までの通算金額
円	円	円

・要介護(支援)認定 ☐有 ☐無 ・滞納 ☐有 ☐無 ・給付額減額 ☐有 ☐無※添付書類 ☐の中にチェックを入れてください。

☐ 承認通知書の写し ☐ 見積書(内訳明細) ☐ 領収書	☐ 住宅改修内訳明細書 ☐ 改修前後の写真(日付入り) ☐ その他確認できる資料	住宅改修受付番号