介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ		保険者番号	＼ ＼ ＼ ＼ ＼ ＼ 4 5 4 2 1 5
被保険者氏名		被保険者番号	＼ ＼ 0 0 0 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　年　月　日生	性別	男　・　女
住所	門川町		
住宅の所有者	1．本人 2．本人以外　所有者氏名（　　）本人との関係（　　）		
工事内容	1．手すりの取付け　2．段差の解消　3．床または通路面の材料の変更　4．引き戸への扉の取替え 5．洋式便器等への便器の取替え　6．その他の１～５の改修に伴う工事		
施工業者		着工年月日	年　月　日
		完成年月日	年　月　日
改修費用	円	支払い方法	償還払い　・　受領委任払い

門川町長　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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

※償還払いの場合は利用者の住所、氏名を記入。受領委任払いの場合は受任者の所在地、事業所名、代表者名を記載

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。

口座振込依頼欄	銀行・信用金庫 信用組合・農協	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			

添付書類

・介護保険住宅改修完了報告書　・施工後の写真（撮影日をいれること）　・領収書

【門川町記入欄】

決裁	課長	課長補佐	係長	係員	担当者

決定	支給決定日	支給額
支給　・　却下	年　月　日	円

要介護度	備考
（要支援　１　２）　申請中 （要介護　１　２　３　４　５）	

受付印