様式第34号

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 | 4 | 2 | 1 | 2 | 9 |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 被保険者番号 | | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | 要介護状態区分等 | | | | 要介護(　　)・要支援(　　) | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅改修実施住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との関係  (　　　　　) | | | | 着工後確認日 | | | |  | | | | | | | | | |
| 確認者氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 改修の内容 | | 改修箇所及び規模 | 改修工事業者名 | | | | 着工年月日 | | | | | | | 完成年月日 | | | | |
| 手すりの取り付け | |  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 床段差の解消 | |  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 滑り防止及び移動の円滑化等のための床材の変更 | |  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 引き戸等への扉の取替え | |  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 洋式便器等への便器の取替え | |  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| その他上記の住宅改修に付託して必要となる住宅改修 | |  |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| 改修費用合計額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 豊後大野市長　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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　〒  　　　　　　住所　豊後大野市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(　　　)　　　―  　　　　　　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※　1　この申請書の他に介護支援専門員等が作成した介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費申請書(別表)と施行前・施行後の状態が確認できる書類を添付してください。

　　　2　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。

　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 |  | | | | |  | | | 種目 | 1普通預金  2当座預金  3その他 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | |

市確認欄　(記入しないでください。)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 前回までの改修 | 有の場合 | 着工日 |  | 前回の費用額 | 円 |
| 有・無 | 要介護度 |  | 今回支給対象費用額 | 円 |