

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			2	8	2	2	0	2
被保険者氏名				被保険者番号								
				個人番号								
生年月日	大正・昭和 年 月 日			要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5							
住所	〒			電話番号								
改修の内容	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え											
改修金額	介護保険対象部分のみの金額を記入してください。				円							
着工年月日	年 月 日			完成年月日	年 月 日							
加西市長様 令和 年 月 日												
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												
申請者 (被保険者)	住所 氏名（自署）											

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。

※ 口座名義人が被保険者と異なる場合（ただし、同一世帯の親族を除く。）は、「委任状」等が必要です。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			本店 支店 出張所	種目	口座番号（右づめで記入）					
						1 普通預金	2 当座預金	3 その他			
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
	口座名義人										(続柄：)

注意事項

支給申請書に下記の書類を添付してください。

- ① 領収証
- ② 工事費内訳書
- ③ 住宅改修箇所の改修後の写真

加西市記入欄

要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			認定有効期間	年 月 日～年 月 日	
負担割合	割	支給限度（残）額	円	未納保険料	有	・ 無
支給対象額	円	支給決定額	円	備考		