

昭島市介護保険住宅改修費支給申請書

どちらかに をしてください。

	償還払い		受領委任払い	J			
--	------	--	--------	---	--	--	--

フリガナ		保険者番号	昭島市	1	3	2	0	7	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	年齢		性別	男・女				
住所	〒 電話番号								
住宅の所有者	本人との関係（ ）								
改修の内容・箇所及び規模	手すりの取付け	業者名							
	引き戸等への扉の取替								
	段差の解消	着工日	年	月	日				
	床又は通路面材料の変更	完成日	年	月	日				
	洋式便器等への便器の取替								
	詳細箇所等（ ）								
改修費用	円								

（あて先）昭島市長
 上記のとおり関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。また、受領委任払いにおいては、当該申請に基づく住宅改修費の申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。
 年 月 日
 住所
 被保険者氏名 印

（受領委任払いのみ記載） 受取人の所在地 事業者名 代表者氏名	所在地 〒	電話番号
	事業者名 代表者名	印

（注意） 見積書及び領収書 工事施工前及び施工後の写真（撮影日が確認できるもの）・工事内容のわかる図面
 介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要な理由書 所有者の承諾書（改修を行う住宅の所有者が被保険者でない場合）
 償還払いの場合、口座振込依頼欄については、被保険者名義のものに限ります。

上記の居宅介護（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	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						
（上記受取人の代表口座に限りません）	フリガナ 口座名義人								

【市記入欄】 認定有効期間： 年 月 日～ 年 月 日

初回 要支援 1号 支給決定額 円
 再回 要介護 2号 利用者負担額 円