

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】

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		293621					
	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女		
住所	〒 電話番号 ( )							
住宅の所有者	本人との関係 ( )							
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
介護支援事業所	事業所連絡先 ( )			介護支援専門員氏名		㊟		
改修の内容 箇所及び規模	(別紙見積書及び関係書類のとおり)			業者名				
				着工日		年 月 日		
改修費用	円			完成日		年 月 日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収証 (日付入りのもので、名義は本人に限る) <input type="checkbox"/> 内訳書 (合計金額が領収証の金額と一致するもの) <input type="checkbox"/> 住宅改修の完成後の状態が確認できる書類 (日付入りの写真、図面等)							
<p>三宅町長 様</p> <p>上記のとおり住宅改修が完了しましたので、関係書類を添えて住宅改修費の支給に関して償還払いの申請をします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者(委任者) 住所 (被保険者) 氏名</p>								

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の口座へ振り込んでください。

※本人名義以外の口座に振込を希望する場合は別途委任状が必要です。

口座振替 依頼欄	金融機関名		店舗名			預金種目	口座番号		
	銀行・信用 金庫 農協・信用 組合		本店 支店 出張所						
	金融機関コード		店舗コード			1. 普通預金 2. 当座預金			
	フリガナ 口座名義人		-----						

※三宅町記入欄

前回迄支給額	円	<input type="checkbox"/> 受給資格確認	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 決定通知書
--------	---	---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------