

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(償還払い用)

フリガナ		保険者番号		1	5	2	0	6	6
被保険者氏名		被保険者番号							
個人番号		認定		年	月	日から	要介護度		
生年月日		有効期間		年	月	日まで			

住所	〒								
	電話番号								

住宅所有者の承諾欄	私は、上記住所の住宅に、(被保険者氏名) が住宅改修を行うことを承諾します。								
	住所								
	住宅所有者 氏名 (本人との関係 )								

改修の内容・箇所及び規模	施工事業者名								
	着工予定日	年	月	日					
	完成予定日	年	月	日					

改修費用予定額	円								
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--

(宛先)新発田市長									
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。									
年 月 日									
住所									
申請者 氏名									
電話番号									

居宅介護(支援)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・農協 信金・信組 労金・漁協		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					
				2 当座					
				3 その他					
	フリガナ								
	口座名義人								

支払金額受領の権限を(氏名) (続柄) に委任します。

委任者(被保険者氏名) (印)

市処理欄	<input type="checkbox"/> 在宅	1割・2割・3割	給 付 実 績		支給対象額
	要支援	・ 要介護	改修年月日		円
	保険料滞納	有・無	要介護区分		支給決定額
	ケアマネ	有・無	住所 地		円
			支給対象残額	円	自己負担額
				円	円