

要介護度	
負担割合	1割・2割・3割
申請回数	初回・複数回

様式第2号(第4条関係)

(表)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ		保険者番号	0	8	2	1	5	6					
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日	年 月 日	生	性別	男・女									
住所	〒												
	電話番号												
住宅の所有者													
改修の内容 個所及び規模	業者名												
	着工日	令和	年	月	日								
	完成日	令和	年	月	日								
保険対象改修経費①	自己負担額② ※1円未満切り上げ				保険支給額①-②								
円	円				円								
<p>(あて先)北茨城市長</p> <p>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。また、この申請に基づく居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給申請書の提出及び受領に関する権限については、次の受取人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>(兼受領委任者)氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>													
受取人の住所、事業所名、代表者名及び口座振込先	〒												
	事業所住所												
	事業所名												
	代表者名												
電話番号													
印													
金融機関			銀行				支店						
口座番号			区分				1普通 2当座						
フリガナ			口座名義人										

※北茨城市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考

(裏)

注意

- 1 この申請書には、領収証及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類(着工前及び完了後の写真)等を添付してください。
- 2 住宅改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でないときは、所有者の承諾書も併せて添付してください。
- 3 保険対象改修経費に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますので御注意ください。