様式第25号(第24条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書 |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 本人との関係(　　　　　) |
| 改修の内容・箇所及び規模 | 　 | 業者名 | 　 |
| 　 | 着工日 | 年　　月　　日 |
| 　 | 完成日 | 年　　月　　日 |
| 改修費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　魚沼市長　　　　様　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　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 注意　・この申請書と共に、当該申請に係る住宅改修に要する費用の見積書、介護支援専門員その他要介護者等からの住宅改修についての相談に関する専門的知識及び経験を有する者が当該申請に係る住宅改修が必要である理由を記載した書類、完成前の状態を確認できる写真及び図面、改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾した書類を提出ください。・当該申請に係る住宅改修が完了した後に、改修に要した費用に係る領収証及び内訳書、改修の完了後の状態を確認できる写真及び図面を提出する必要があります。　居宅介護(予防)住宅改修費を次の口座に振り込んでください。 |
| 　 | 口座振込依頼欄 | 　　　　銀行　　　　　農業協同組合　　　　信用組合 | 　　　本店　　　支店　　出張所 | 種目 | 口座番号 | 　 |
| 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 | 　 |
| 　 |
|  |

**記　　入　　例**

様式第25号(第24条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書 |
| 　 | フリガナ被保険者氏名 | **ウオヌマ　タロウ** | 保険者番号 | 　 | **１** | **５** | **２** | **２** | **５** | **６** | 　 |
| 被保険者番号 | **０** | **０** | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| **魚沼　太郎** |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号は不要です |
| 生年月日 | **昭和〇年〇月〇日生**　 | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒**946-8601****魚沼市小出島910番地**　　　電話番号　　**792-9755**　 |
| 住宅の所有者 | **魚沼　一郎**　　　　　　　　　　　　　本人との関係(　**長男**　) |
| 改修の内容・箇所及び規模 | **廊下の手すり設置** | 業者名 | 　　　　**○○建築** |
| **風呂場の段差解消** | 着工日 | **令和　〇年　〇月　〇日** |
| 　着工予定日、完成予定日、見積額を記入してください | 完成日 | **令和　〇年　〇月　〇日** |
| 改修費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**２００，０００　円** |
| 　魚沼市長　　　　様　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。　　**令和　〇年　〇月　〇日**住所　**魚沼市小出島910番地**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　**792-9755**　　　　　氏名　**魚沼　太郎**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 注意　・この申請書と共に、当該申請に係る住宅改修に要する費用の見積書、介護支援専門員その他要介護者等からの住宅改修についての相談に関する専門的知識及び経験を有する者が当該申請に係る住宅改修が必要である理由を記載した書類、完成前の状態を確認できる写真及び図面、改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾した書類を提出ください。・当該申請に係る住宅改修が完了した後に、改修に要した費用に係る領収証及び内訳書、改修の完了後の状態を確認できる写真及び図面を提出する必要があります。　居宅介護(予防)住宅改修費を次の口座に振り込んでください。 |
| 　 | 口座振込依頼欄 | 　　　　銀行　　魚沼　農業協同組合　　　　信用組合 | 　　　本店魚沼　支店　　出張所 | 種目 | 口座番号 | 　 |
| 1　普通預金2　当座預金3　その他 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **7** |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| **７** | **６** | **５** | **４** | **３** | **２** | **１** |
| フリガナ口座名義人 | **ウオヌマ　タロウ** |
| **魚沼　太郎** |
| 口座名義人については、原則として被保険者本人の口座を記入していただきますが、入金する口座がない場合は、欄外に、**「上記の口座に入金することを承諾します。被保険者氏名」**とし、家族等の口座を記入してください。 |