第５４号様式

（表）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 個人番号 | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 生年月日 | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鎌ケ谷市長　様  　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。  年　　月　　日  　　　　住所  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　住　所氏　名　　　　　　　　　印電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意・この申請書に、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な理由書、工事見積書、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。  ・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、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。  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下さい。  なお、口座名義人が被保険者以外の場合は、裏面にある委任状を記載して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
|  | |  |  | |  |  |  | |  | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

|  |
| --- |
| 委　任　状  　　　　　　　　　住　　所  　　代　理　人　　氏　　名  　　　　　　　　　電話番号  　上記の者を代理人と定め、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に関する一切の権限を委任します。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　住　　所  　　委　任　者  　　（被保険者）　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |