様式第１０号（第８条関係）

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 |  | 保険者番号 |  | 2 | 1 | 5 | 0 | 5 | 3 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |
| 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 |
| 八百津町長　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| ［添付書類］□住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類（介護支援専門員等が記入します）□改修内容が確認できる書類等（工事費内訳書・工事前後図面・日付入りの改修前写真）□住宅所有者の承諾書（改修を行う住宅の所有者が当該被保険者でない場合は必要です） |

※以下町記入欄

【支給予定内容】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 改修着工時認定状況 | 要支援〔 1 ・ 2 〕要介護〔 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・5 〕 | 年　 月　 日～　 年 月 　日 |
| 保険内金額（A） | 利用者負担額（B） | 支給予定額（A-B） | 過去申請額（C） | 申請可能残額（20万円-A-C） |
|  |  |  |  |  |

【審査決定事項】

この申請について審査し、改修工事に着工することを認める。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄 | 年　　月　　日 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |