

介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号	2 8 3 0 1 0		
被保険者氏名			被保険者番号	0 0 0 0		
			個人番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女
住所等	〒 電話 ()					
介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	負担割合	1・2・3 割		
住宅の所有者	本人との関係 ()					
改修の内容・箇所及び規模	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け ()			施工事業者名		
	<input type="checkbox"/> 段差の解消 ()					
	<input type="checkbox"/> 床材の変更 ()					
	<input type="checkbox"/> 扉の取替え ()					
	<input type="checkbox"/> 洋式便器等への取替え					
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
着工予定日	年 月 日					
改修費用	円		介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費住宅改修費支給対象となる改修にかかる費用のみ(消費税込み) 20万円が上限			
人生いきいき住宅助成事業による住宅改造助成制度の併用					有 ・ 無	
猪名川町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 (被保険者) 氏名						
<添付書類確認欄> <input type="checkbox"/> 住宅改修が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 改修前写真(日付入り)及び図面 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 承諾書(所有者が本人と異なる場合) <input type="checkbox"/> その他 ()						

※ 改修の内容・箇所及び規模の () には改修箇所を記入してください。

注：住宅改修は原則現在の住所~~地以外~~の改修は認められません。但し、改修が完了しなければ転居ができない場合等、事情により認められる場合もありますので、町役場 福祉課までご相談下さい。

《福祉課記入欄》

受付	改修済額の有無	その他
	無 ・ 有	
	残 額 (¥)	