市町村受付印

広域連合受付印

介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修費 支給申請書

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名	保険者番号					
	被保険者番号					
生 年 月 日	明・大・昭	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					

沖縄県介護保険広域連合長 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をします。
また、本請求に基づく給付金を下記の口座に振り込むことに同意します。

年 月 日

申請者
(本人又は家族) 氏名

住所

電話番号

被保険者との続柄

注意 ・この申請書の裏面に、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等を添付してください。

・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ください。

・居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給限度基準額は、「200,000円」です（9割の180,000円が後日、保険から給付されます）。

口座振込依頼欄	銀行・農協 金庫・漁協	本所・本店 支所・支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
	フリガナ 口座名義人			

市町村・広域連合記入欄

担当者印	市 町 村	広域連合	備 考
	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認
	・	・	・
			・限度額残高 (円) ・ケアプラン (有 ・ 無) ・事前協議日 :