

様式第18(第11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(受領委任払い用)

フリガナ 被保険者 氏名			保険者番号	[REDACTED]						
			被保険者番号							
生年月日	年 月 日生		性別	男・女						
住所	〒 電話番号()									
要介護区分等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
改修の内容及び箇所	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 滑りの防止及び移動の円滑化のための床材の変更 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 洋式便器等への便器の取替え <input type="checkbox"/> その他()			業者名						
				着工日	年 月 日					
				完成日	年 月 日					
総改修費用	円									
被保険者負担額	円									
東郷町長殿 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 申請者住所 (被保険者)氏名 電話番号										
東郷町長殿 上記申請に係る居宅介護(介護予防)住宅改修費の受領に関し、下記口座に振り込んでください。 年 月 日 受領者(改修事業者) 所在地 事業者名 代表者名 電話番号										
口座振込	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 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 3 その他					
依頼欄	フリガナ									
	口座名義人									

(注意)

- この申請書に被保険者負担額の領収書、住宅改修後の写真(日付けの入ったもの)等を添付してください。
- 入院(所)中の方は、退院(所)後に申請してください。