

介護保険居宅介護(介護予防) 住宅改修費支給申請書【償還払い】

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------|--|---|--------|------------------|--|----|----|-----|---|---|---|---|---|--|
| フリガナ | | | | | 保険者番号 | | | | | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 6 | |
| 被保険者氏名 | | | | | 被保険者番号 | 5 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | | 月 | 日 | (| | 歳) | 性別 | 男・女 | | | | | | |
| 住所 | 〒 _____ 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要支援 | 1・2 | | | 要介護 | 1・2・3・4・5・経過的要介護 | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (01) | | | | 業 者 名 | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 段差の解消 (02) | | | | 着 工 日 | | _____年 _____月 _____日 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> すべり止め (03) | | | | 完 成 日 | | _____年 _____月 _____日 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 扉の取替え (04) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 便器取替え (05) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 付帯工事 (06) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 総費用額 | _____円 | | | | ① | 見積りの金額 | | | | | | | | | |
| | 保険対象額 | _____円 | | | | ② | 最高20万円(消費税含む) | | | | | | | | | |
| | 保険給付額 | _____円 | | | | ③ | ②× % (端数切捨て) | | | | | | | | | |
| | 自己負担額 | _____円 | | | | ④ | ②-③ | | | | | | | | | |
| | 自費分 | _____円 | | | | ⑤ | ①-② (保険対象外) | | | | | | | | | |
| <p>葉山町長殿 上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。 また、振込口座が被保険者(本人)以外の場合には上記の申請額の受領を下欄の受取人に委任します。 _____年 _____月 _____日 申請者住所 三浦郡葉山町 (被保険者) 氏名 _____ 電話番号 _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関名 | _____ | | | | 支店名 | _____ | | | | | | | | | |
| | 銀行コード | _____ | | | | 支店コード | _____ | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | _____ | | | | 種 別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義 | _____ | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><受取人> ※振込口座が被保険者(本人)以外の場合には必ず記入して下さい。 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____ 続 柄 _____ 電 話 番 号 _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-------------|------|--------|--------|---------|
| 保険者(葉山町)記入欄 | | | | |
| 認定状況等 | 給付制限 | 費用額(①) | 支給額(③) | 保険料納付状況 |
| | | _____円 | _____円 | |

○注意 この申請書の裏面に、領収書(写し)・施工前後の写真を必ず添付して下さい。

介護保険（居宅介護・介護予防）住宅改修費支給申請書【償還払い】

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|---------|----------------|--------|------------------|------------------|---|---|-----------------------------|----|--|---|---|---|-------|------|---------|---------|---------|--|--|---|---|--|
| フリガナ | ハヤマハナコ | | | | 保険者番号 | | | | | 1 | 4 | 3 | 0 | 1 | 6 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 葉山 花子 | | | | 被保険者番号 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 27 年 1 月 1 日 (83 歳) | | | | | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 240 - 01 12 三浦郡葉山町 堀内 2 1 3 5 | | | | | 電話番号 | 046 - 876 - 1111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要支援 | 1・2 | | | 要介護 | 1・2・3・4・5・経過的要介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定の有効期間 | 令和 1 年 5 月 1 日 ~ 令和 1 年 5 月 31 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所有者 | 本人 本人との関係 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容 箇所及び規模 | <input checked="" type="checkbox"/> 手すり (01) | 業者名 | | 〇〇建設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 段差の解消 (02) | 着工日 | | 令和 1 年 5 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> すべり止め (03) | 完成日 | | 令和 1 年 5 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 総費用額 | 230,000 | | 円 | ① | 見積 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保険対象額 | 200,000 | | 円 | ② | 最高20万円(消費税込) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保険給付額 | 180,000 | | 円 | ③ | ②×90% (端数切捨て) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 自己負担額 | 20,000 | | 円 | ④ | ②-③ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 自費分 | 30,000 | | 円 | ⑤ | ①-② (保険対象外) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 葉山町長殿 上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請します。 また、振込口座が被保険者（本人）以外の場合には上記の申請額の受領を下欄の受取人に委任します。 令和 1 年 5 月 1 日 申請者住所 三浦郡葉山町 堀内 2 1 3 5 (被保険者) 氏名 葉山 花子 電話番号 046-876-1111 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関名 | 〇〇銀行 | | | | 支店名 | 〇支店 | | | | 種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | | | | | | | | | | | | | |
| | 銀行コード | 1 | 1 | 1 | 1 | 支店コード | 1 | 1 | 1 | <input type="checkbox"/> 当座 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | 2 | 2 | 2 | 2 | フリガナ | ハヤマ タロウ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座名義 | 葉山 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <受取人> ※振込口座が被保険者（本人）以外 印鑑を忘れずに押してください。 住所 葉山町一色×× 氏名 葉山 太郎 印 続柄 長男 電話番号 046-875-**** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者（葉山町）記入欄 <table border="1"> <tr> <td>認定状況等</td> <td>給付制限</td> <td>費用額 (①)</td> <td>支給額 (③)</td> <td>保険料納付状況</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>円</td> <td>円</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | 認定状況等 | 給付制限 | 費用額 (①) | 支給額 (③) | 保険料納付状況 | | | 円 | 円 | |
| 認定状況等 | 給付制限 | 費用額 (①) | 支給額 (③) | 保険料納付状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

その方の負担割合に応じて計算してください。

印鑑を忘れずに押してください。

○注意 この申請書の裏面に、領収書（写し）・施工前後の写真を必ず添付して下さい。