

介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書（事前申請用）

フリガナ			保険者番号	232041	
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	負担割合	割
要介護度	要支援 要介護	有効 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
住宅の所在地	〒 - 電話番号 () -				
住宅の所有者	本人との関係 () ※改修を行う住宅の所有者が本人でない場合には住宅所有者の承諾書の提出が必要です。				
改修の内容及び箇所	改修内容	改修箇所数	業者名		
	<input type="checkbox"/> 手すりの設置	(ケ所)	着工日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 段差の解消	(ケ所)			
<input type="checkbox"/> 床材の変更	(ケ所)	完成日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 扉の取替え	(ケ所)				
<input type="checkbox"/> 便器の取替え	(ケ所)				
	<input type="checkbox"/> 付帯工事	(ケ所)			
	<input type="checkbox"/> その他	(ケ所)			
	※詳細は理由書及び図面のとおりに				
改修費用	円 (税込)				
瀬戸市長 あて 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 申請者 住所 氏名 電話 () -					

- 添付書類 ・ 工事見積り内訳書 ・ 撮影日の入った改修前の写真 ・ 住宅改修が必要な理由
- ・ 住宅所有者の承諾書（被保険者が住宅の所有者でない場合）
 - ・ 改修フロア見取り図（1階部分と改修するフロア ※屋外施工のみ場合は敷地全体の位置図）

※保険者記入欄（記入しないでください）

算 定 式	A 支給限度基準額	円	F 支給決定額
	B 既に支給済の支給対象額総額	円	C または D の少ないほうの額 × % (小数点切り捨て)
	C A-B	円	
	D 今回の支給対象額	円	
	E 自己負担額	円	円