

(受付印)

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書

- 太枠の中の各欄にご記入ください。
- 裏面の注意事項・記入例をかならずお読みください。

保険者番号 3 6 2 0 1 2

| | | | | | | | | | |
|--|------------------|---|--------------------------|-----|--|-----------|-----|---|---|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | 個人番号 | | | | |
| 住所 | 〒 徳島市 | | | | | | | | |
| 住宅の所有者 | 本人との続柄() | | | 業者名 | | | | | |
| 着工予定日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 完成予定日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 改修予定費用総額 | 円 | | 着工予定日時点での 要介護度と認定有効期間 | | 要支援 | 要介護 | | | |
| 上記総額のうち 介護保険対象分費用 | 円 | | | | 1 2 | 1 2 3 4 5 | | | |
| | | | | H・R | 年 | 月 | 日から | | |
| | | | | H・R | 年 | 月 | 日まで | | |
| 改修の内容 及び箇所 | 内 容 | | | 箇 所 | | | | | |
| | (1) 手すりの取付け | | | | | | | | |
| | (2) 段差の解消 | | | | | | | | |
| | (3) 床又は通路面の材料の変更 | | | | | | | | |
| | (4) 扉の取替え | | | | | | | | |
| (5) 洋式便器等への取替え | | | | | | | | | |
| 徳島市長様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 氏名 電話番号 () - 代筆者氏名 申請者との続柄 () | | | | | 申請書の提出者(本人提出の場合は記入不要です。) <input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> その他() 住所または所在地 氏名および名称 電話 () - | | | | |

※添付書類

- ① 介護保険被保険者証
- ② 住宅改修が必要な理由
- ③ 工事見積書
- ④ 改修前の写真
- ⑤ 見取り図
- ⑥ 承諾書

保 険 者 記 入 欄

| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------|---|
| ① 過去の対象費用総額 | 円 | 介護保険制度利用での過去の改修履歴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ② 限度額(20万円-①) | 円 | 過去の改修箇所との重複 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ③ 今回の改修予定費用総額のうち 保険給付対象額 | 円 | 承諾書 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 |
| | | 受付 整理番号 | 備考 |
| ④ 支給対象額(予定) (②③のうち少ない額) | 円 | | |

- 提出者確認書類 介護支援専門員証 運転免許証 その他 ()
 個人番号確認書類 個人番号カード 通知カード その他 ()

かならずお読みください。

(注意事項)

- 1 工事着工前に、必ず市へ申請してください。着工後の支給申請は受付できませんのでご注意ください。
- 2 改修を行う住宅の所有者が、被保険者及び配偶者及び同居する子でない場合は、住宅の所有者の承諾書も添付してください。
- 3 マイナンバー法の施行に伴い、平成28年1月から新たに下記の書類の提示が必要です。
 - ・ 提出者の身分証明書(介護支援専門員証等)
 - ・ 被保険者の個人番号を証明する書類(個人番号カード等、コピー可)
 ※ただし個人番号を記載して申請する場合に限る。

(記入例)

| 介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書 | | | | | | | | | | 受付印 | |
|--|-------------------------------|--|--|--|---------------------|---|------------------------------|--|-------------|---------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 太枠の中の各欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 裏面の注意事項・記入例をかならずお読みください。 | | | | | | | | | | 保険者番号 3 6 2 0 1 2 | |
| フリガナ | トク シマ タロウ | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 徳島 太郎 | | | | | | | | | 被保険者番号 | |
| 生年月日 | 明治(大)・昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | | | | | | 個人番号 | |
| 住所 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 徳島市 〇〇町〇丁目〇番地 | | | | | | | | | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | |
| 住宅の所有者 | 徳島 太郎 本人との続柄(本人) | | | | 業者名 | | (株)〇〇工務店 | | | | |
| 着工予定日 | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | 完成予定日 | | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | |
| 改修予定費用総額 | 〇〇〇, 〇〇〇 円 | | | | 着工予定日時点での要介護度と認定有期間 | | 要支援 | | 要介護 | | |
| 上記総額のうち介護保険対象分費用 | 〇〇〇, 〇〇〇 円 | | | | | | 1 2 | | 1 2 (3) 4 5 | | |
| 改修の内容及び箇所 | 内容 | | | | | | 〇〇日から〇〇日まで | | | | |
| | (1) 手すりの取付け | | | | 玄関・トイレ・浴室 | | 空白のまま持参して提出時に記入してもらっても構いません。 | | | | |
| | (2) 段差の解消 | | | | | | | | | | |
| | (3) 床又は通路面の材料の変更 | | | | | | | | | | |
| | (4) 扉の取替え | | | | 浴室・トイレ | | | | | | |
| | (5) 洋式便器等への取替え | | | | | | | | | | |
| 徳島市長様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)住宅改修費支給を申請します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 徳島市 〇〇町 〇丁目 〇番地 氏名 徳島 太郎 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 代筆者氏名 徳島 花子 申請者との続柄 (妻) | | | | | | 申請書の提出者(本人提出の場合は記入不要です) <input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業所(地域包括支援センター) <input type="checkbox"/> その他() 住所または所在地 徳島市 〇〇町 〇丁目 〇番地 氏名および名称 居宅介護支援事業所 〇〇 担当 〇〇 〇〇 電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | | | |
| 被保険者の住所・氏名を記入します。 | | | | | | 事業所に所属している方でも必ず氏名を記入してください。 | | | | | |

この申請に関するお問い合わせは……
徳島市 高齢介護課 給付係
電話(088)621-5585