

介護保険 居宅介護・介護予防住宅改修費支給（兼事前）申請書

（宛先）春日井市長

次のとおり居宅介護・介護予防住宅改修費の支給について（事前）申請します。

申請者氏名	事前申請年月日	令和	年	月	日
	支給申請年月日	令和	年	月	日

被 保 険 者	被保険者番号					生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	性 別	男 女
	フリガナ											
	氏名					歳						
	住所	電話番号 — —										

住宅の所有者			被保険者との関係			
改修の内容・箇所及び規模						
施工者の氏名 又は名称				着工予定年月日		
				令和	年	月

着工年月日	令和	年	月	日	完成年月日	令和	年	月	日
改修費用合計	円								

- 備考 1 介護・高齢福祉課で事前に改修内容の確認申請を受けていないと支給の対象にはなりません。
 2 事前申請は、この申請書と介護支援専門員等の作成に係る住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類（理由書）、現状・完成予定の状況が確認できる書類等を添付してください。
 3 改修後に、領収書等、理由書及び完成後の状況が確認できる書類等を提出してください。
 4 着工年月日等は改修後、書類を提出する時に記入してください。

支給金額の受領に関する権限について下記の者に委任します。被保険者氏名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 被保険者との関係 _____

居宅介護・介護予防住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。（いずれかに☑してください。）

<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 （マイナポータル等で事前に公金受取口座を登録した被保険者本人のみ利用できます。） ※ 市で公金受取口座の登録の確認ができなかった場合は、申請書を返却します。					
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。（以下に口座情報を記入してください。）					
金 融 機 関 名		種 目		口 座 名 義 人	
.....	普通	当座	フリガナ
銀行	支店	口 座 番 号		氏名
信用金庫	出張所				
農 協					

.....ここから下は記入しないでください。.....

	資格	状 態	認 定 期 間	改修実績	受 付	入 力	内 容 確 認
事前	1号 2号	申請中 要支 1 2 要介 1 2 3 4 5	～	有 無			
事後	1号 2号	要支 1 2 要介 1 2 3 4 5	～	有 無			