

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	保険者番号	1	4	2	1	1	7
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2					
ふりがな	はだの たろう										生年	昭和 2年 3月 4日					
被保険者氏名	秦野 太郎										月日						
住所	秦野市桜町1丁目3番2号																
	電話 0463 (82) 5111																
介護・予防給付の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修費										<input type="checkbox"/> 介護予防住宅改修費						
住宅の所有者	丹沢 太郎										本人との関係 (貸主)						
改修の内容・箇所及び規模	手すりの取付け：トイレ、廊下 引き戸扉への取替え：浴室 段差の解消：玄関 (別添工事内訳書のとおり)										業者名	〇〇工務店					
											着工予定日	〇〇年 〇月 〇日					
改修費用	198,000 円 (消費税込み)																

(宛先)
秦野市長
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・請求します。
〇〇年 〇月 〇日

被保険者名で申請してください。(死亡の場合は代理の方で申請してください。)

申請者

住所 秦野市桜町1丁目3番2号
氏名 秦野 太郎
電話 0463 (82) 5111

※口座振替を希望される方は、次の欄に記入してください。

振込先	金融機関名	秦野 銀行 信用組合				秦野 本 支店			
		信用金庫・農業協同組合				支所			
	金融機関コード					店舗コード			
預金の種類	1 普通預金	フリガナ		ハダノ ハナコ					
	2 当座預金	通帳名義人		秦野 花子					
口座番号	1 2 3 4 5 6 7								
委任状	なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。								
	受任者(口座名義人) 氏名 秦野 花子	委任者(被保険者) 氏名 秦野 太郎				(自署または記名・押印)			

※申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、工事費見積書、施工前の状態が確認できる書類(写真、図面)等を添付してください。
改修を行った住宅の所有者が被保険者でない場合は、所有者の承諾書(裏面)も記入してください。

<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 工事内訳書 <input type="checkbox"/> 改修が必要な理由書 <input type="checkbox"/> 状態確認書類 (写真・図) <input type="checkbox"/> 承諾書	区分 <input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない 理由 () 支給予定額 支払額 一部負担金 円 (-)	市役所処理欄のため記入不要 年月日 から 年月日	要介護度	負担割合
			要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	割 2号

※住宅改修を行った住宅の所有者が被保険者（申請者）でない場合には、住宅の所有者に次の欄に記入してもらう必要があります。

住宅の所有者が被保険者以外の場合は記入が必要です。（家族も含みません。）	<h2>住宅改修に関する承諾書</h2> <p style="text-align: right;">〇〇年 〇月 〇日</p> <p>次の住宅改修について承諾します。</p> <p style="text-align: right;">住 所 秦野市〇〇2丁目3番4号</p> <p style="text-align: center;">住宅の所有者</p> <p style="text-align: right;">氏 名 丹 沢 太 郎 <small>（自署または記名・押印）</small></p>
被保険者氏名（申請者）	秦 野 太 郎
住 宅 の 所 在 地	秦野市 桜町1丁目3番2号
改 修 箇 所 等	手すりの取付け：トイレ、廊下 引き戸扉への取替え：浴室 段差の解消：玄関

この申請について連絡がとれる方を記載してください。

(連絡先)	
住 所	秦野市桜町1丁目3番2号
氏 名	秦 野 花 子
	電話 0463 (82) 5111