別記様式第１号（第３条関係）

**介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 |  | **0** | **9** | **2** | **0** | **3** | **1** |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　月　　日 |
| 住 所 | 〒　　　-市 | 電話番号 （ ） |
| 住 宅 の所 有 者 |  | 被保険者との関係 |
| 改修の種類 |  | 施工業者 |  |
| 　　　場所 |  | 着 工 | ㋿ 年 月 日 |
| 内容（規模） |  | 完 了 | ㋿ 年 月 日 |
| 改修費用 | 円 | 保険請求額 | 円 |
| 自己負担額 | 円 |
| （あて先）栃木市長上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）住宅改修費申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。令和　　年 月 日申請者（受領委任者） |
| 住　所　〒　　　― |
|  | 電話番号　　 （ ） |
| 氏　名（被保険者）　　　 | 　　　　　㊞ |
| 受取人 | 所在地　〒　　　－ |
| 施工事業者名 | 電話番号　　（　） |
| 代表者名 | ㊞ |

注意・この申請書に、工事費見積者、介護支援専門員等が作成した住宅改修理由書及び改修前の状態が確認できる写真（撮影日のわかるもの）を添付してください。

　　・申請者と住宅の所有者が異なる場合は、当該住宅改修を行うことについての所有者の承諾書も併せて添付してください。

　居宅介護（介護予防）住宅改修費は受取人を指定する下記の口座に振り込んでください。

|  |
| --- |
| □公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）　公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。□振込口座を指定する |
| 口　座振　替依頼欄 | 銀 行信用金庫労働金庫農業協同組合 |  本 店 支 店 支 所 | 種 目 | 口 座 番 号 |
| □１普 通□２当 座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |