

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費支給申請書
(受領委任払い・償還払い)

フリガナ		保険者番号	293639							
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒 奈良県磯城郡田原本町									
住宅の所有者	電話番号 本人との関係() 注)住宅の所有者が本人以外の場合は、住宅改修承諾書(を添付してください)。									
改修工事事業者	住所								着工日	年 月 日
	名称								完成日	年 月 日
改修の内容・箇所 および規模										
改修費用	円									
田原本町長様 上記のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護(予防)住宅改修費の支給を申請します。 年 月 日 住所 _____ 申請者 (被保険者) 氏名 _____ 印 電話番号() - _____										
上記居宅介護(予防)住宅改修費の受領を次の者に委任します。 年 月 日 受任者 住所 _____ 氏名 _____ 委任者 住所 _____ 被保険者氏名 _____ 印										

(添付書類) ①領収書 ②改修後の写真 を添付してください。

介護保険居宅介護(予防)住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

<input type="checkbox"/> 口座振替 依頼欄	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	支店						
<input type="checkbox"/> 償還払 <input type="checkbox"/> 受領委任払	貯金種類	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

(注意) 口座振り込みは、被保険者本人または申請者の口座をご記入ください。

住宅改修を施工した事業者を受領委任をした場合は、受領委任を受けた方の口座をご記入ください。