

様式第11号の2(第22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

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり申請します。

なお、支給決定後の支給額は次の口座へ振り込んでください。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名	④	被保険者との関係			
申請者住所	〒 電話番号 ()				

被 保 険 者	被保険者番号		要介護度等	要支援()
	個人番号			要介護()
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ()		

住 宅 改 修

住宅所有者 (登記名義人または固定 資産税台帳登録者名)		被保険者 との関係	
施工者氏名 (名称)		着工年月日	年 月 日
改修金額	円	完成年月日	年 月 日
振 込 口 座	金融 機関名	店 名	1 本店 2 (支店)
	預金 種別	(フリガナ) 口座名義人	
	口座 番号	口座名義人 住 所	

添付書類

- 当該住宅改修に係る領収証及び工事内訳書(見積等)
- 当該住宅改修に係る「完成後」の写真(日付が入ったもの)
- 介護保険給付費振込み依頼書(振込口座の名義人が被保険者と異なる場合)

※保険者記入欄

支給決定額	口座入力	申請入力	備 考
円	/	/	

年 月 日

中新川広域行政事務組合 管理者 様

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ (印)

介護保険給付費振込み依頼書

私は、下記のとおり介護保険給付費を私名義以外の指定口座へ振り込むよう依頼します。

記

1 被保険者以外の口座へ振り込む理由

2 振込み先指定口座

金融機関名等		種 目	口座番号(右詰で記入)										
銀行	本店	1 普通											
信用金庫		2 当座											
農協	支店												
口座名義人		口座名義人住所等											
フリガナ													
		電話番号 ()											