

【住宅の平面図及び日常生活の動線等完成予定の状況がわかるもの】

回 覧	課長	統括	福統括（専門員）	主査	グループ員

介護保険居宅介護（支援）住宅改修後の確認書

提出日 平成 年 月 日

フリガナ 被保険者氏名			申請年月日											
			被保険者番号											
着 工 日				完 成 日										
費 用	円 これまでの住宅改修の有無 無 ・ 有													
領収書添付														

保険者記入欄

要介護度 支1・2 介1・2・3・4・5	住宅改修歴 無・有（ 円）	今回対象額 円	支給額 円
----------------------------	-----------------------------------	----------------	--------------

改修箇所ごとに改修前の写真を貼付してください。
(撮影日のわかるもの)

改修箇所ごとに改修後の写真を貼付してください。
(撮影日のわかるもの)

(別紙4)

住宅改修工事承諾書

年 月 日

(所有者)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話 _____

私の所有する家屋について、以下の内容での住宅改修の施行を承諾します。

記

住宅所在地	
被保険者氏名	
工事の箇所	☐ 玄関 ☐ 廊下 ☐ 居室 ☐ 浴室 ☐ 脱衣所 ☐ 台所 ☐ トイレ ☐ その他 ()
工事の内容	☐ 手すりの取付け ☐ 段差解消 ☐ 床材変更 ☐ 引き扉への変更 ☐ 洋便器への取替え ☐ その他 ()
備考	

(様式5)

☐ 福祉用具購入費

☐ 住宅改修費

請求書

中山町長様

請求日 平成 年 月 日

次のとおり請求いたします

被保険者名 (請求者名)	住 所	中山町
	氏 名	印

請 求 金 額	円
適 用	購 入 ・ 着 工 年 月
☐ 介護予防福祉用具購入費 (要支援認定者) ☐ 居宅介護福祉用具購入費 (要介護認定者) ☐ 介護予防住宅改修費 (要支援認定者) ☐ 居宅介護住宅改修費 (要介護認定者)	平成 年 月

希望する支払い方法に○をつけてください。

- 1、口座振替 (本人の口座)
- 2、口座振替 (本人以外の口座)

私は、介護保険の 費支給に関する受領について、次の者を代理人として委任します。

受任者 住所

氏名

(続柄)

1 又は 2 の方は下記に振込口座をご記入ください。

口座振替 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協				本 店 支 店 出張所			種 目	口 座 番 号						
								1 普通預金							
	金融機関コード				店舗コード			2 当座預金							
								3 その他							
	フリガナ 口座名義人														