

様式第27号（本則関係）

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ		保険者番号	1 4 2 0 6 7						
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	性別	男・女						
要介護度	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5								
認定の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで								
住所	〒 電話番号 ()								
住宅の所有者	本人との関係 ()								
改修の内容・箇所及び規模		業者名							
		着工日	(予定)	令和	年	月	日		
			(実績)	令和	年	月	日		
		完成日	(予定)	令和	年	月	日		
			(実績)	令和	年	月	日		
改修費用	円								
小田原市長 様 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()									

- ※注意
- 住宅改修を行う前に、この申請書、工事費見積書、住宅改修が必要な理由書、改修前の状態が確認できる写真（撮影日が分かるもの）、改修後の予定の状態が確認できるもの（写真又は図面）、住宅所有者の承諾書（住宅所有者が本人でない場合に限る。）及び住宅改修費の受領に係る委任状（住宅改修費の受領を委任する場合に限る。）を市に提出し、確認を受けてください。
 - 改修工事終了後は、住宅改修に要した費用に係る内訳書及び領収証並びに完成後の状態が確認できる写真（撮影日が分かるもの）を市に提出してください。

介護保険居宅介護（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。

振 込 先	金融機関	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合 店						
	預金種目	普通・当座	口座番号					
	口座名義	必ずカタカナで記入してください。						
受付	確認	処理						