様式第6号(第8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

(受領委任用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 | １ | １ | | ２ | | ４ | | ０ | | ９ | |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 改修の内容・箇所及び規模 |  | | 施工業者名 |  | | | | | | | | | | |
| 着工日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 完成日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 改修費用 | 円 | (200,000円以上の場合は200,000円と記載) | | | | | | | | | | | | |
| 支給申請額 | 円 |  | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）幸手市長  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護支援)住宅改修費の支給を申請します。支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。  　　　　　　年　　月　　日  住所  申請者　　事業所名　　　　　　　　　　　　　電話番号  代表者職氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

注意　申請者欄には事業者を示す印鑑と代表者印の押印をしてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行名等 |  | 支店名 |  | 種目 | 1普通　2当座 | | | | | | | |
| コード |  | コード |  | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | |

市確認欄

|  |  |
| --- | --- |
| ・要介護／要支援　　：　　　　～ | ・限度残額：　　　　　　　円 |
|  | ・給　　付：　　　　　　　円 |
| * 割負担 | ・自　　己：　　　　　　　円 |