

(あて先) 函館市長

申請者は被保険者
本人です。

令和〇〇年〇月〇〇日

住所 函館市〇〇町〇番〇号

申請者 氏名 介護 一郎

介護印

電話 〇〇 局 〇〇〇〇 番

次のとおり居宅介護（介護予防）住宅改修費の支給を申請します。

被保険者氏名	介護 一郎	保 険 者 番 号		0	1	2	0	2	1
		被保険者番号		0	0	0	0	0	0
生 年 月 日	明・大・昭10年 1月 1日生	介護度	要支援（1）・要介護（ ）						
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 函館市〇〇町〇番〇号		電話 〇〇 局 〇〇〇〇 番		負担割合	1割			
	住宅の所有者	介護 太郎		本人との関係（ 長男 ）					
改修の内容・ 箇所および 規模	手すりの取り付け 玄関 I型縦型 900mm トイレの床上げ(段差解消) 1.32m 浴室扉交換(開き戸→折り戸) 幅 570mm 高さ 1,810mm		業者名	(株) □ □ □ □					
			着工日	令和〇年 3月 2日					
			完成日	令和〇年 3月 5日					
改 修 費 用	150,000 円								

注意・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類
および完成予定の状態が確認できる書類等を添えてください。
・完成後に、領収証および完成後の状態が確認できる書類を提出していただくことを行った
住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承認を得る必要があります。

居宅介護（介護予防）住宅改修費を下記の方法で支給してください。

口座振込 を希望	銀行	本店	種 目		口 座 番 号						
	函館	東雲	1 普通預金	1	1	1	1	1	1	1	
	信用金庫 信用組合	支店 出張所	2 当座預金	1	1	1	1	1	1	1	
1	金融機関コード		店舗コード		3 貯蓄預金						
	△	△	△	△	□	□	□				
	フリガナ 口座名義人		カイゴ イチロウ 介護 一郎								
窓口で受 取を希望	2 市役所会計部	3 亀田支所	4 銭亀沢支所	5 湯川支所							
	6 戸井支所	7 恵山支所	8 榎法華支所	9 南茅部支所							

函館市記入欄

負担割合	改 修 費 用	前回支給額	支給決定額	備 考
	円	円	円	